FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
ANNÉE 1962 — N° 192

MODALITÉS ET CRITÈRES DE GUÉRISON EN PSYCHIATRIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23 NOVEMBRE 1962

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

PAUL Serge

Interne des hôpitaux psychiatriques

Né le 23 Janvier 1932 à LYON

IMPRIMERIE DES BEAUX-ARTS
CAMILLE ANNEQUIN, 19, RUE ROUX-SOIGNAT, LYON

1962

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
ANNÉE 1962 — N° 192

MODALITÉS ET CRITÈRES DE GUÉRISON EN PSYCHIATRIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23 NOVEMBRE 1962

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

PAUL Serge

Interne des hôpitaux psychiatriques

Né le 23 Janvier 1932 à LYON

IMPRIMERIE DES BEAUX-ARTS
CAMILLE ANNEQUIN, 19, RUE ROUX-SOIGNAT, LYON

1962

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ANNÉE 1965 — N° 172

MODALITÉS ET CRITÈRES DE GUÉRISON EN PSYCHIATRIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23 NOVEMBRE 1965

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

PAUL Serge

Interne des Hôpitaux psychiatriques

Né le 23 Janvier 1932 à LYON

IMPRIMERIE DES HOSPICES
CHEZ LA MÈRE DIEU, 19, RUE DOM MAHYEUX, LYON

1965

BIBLIOTHÈQUE LYON

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE

M.J. LEPINE : Doyen honoraire
Membre de l'Institut.

M.H. HERMANN : Doyen
Correspondant de l'Institut.

MM. M. LEVRAT, Assesseur
L. REVOL, Assesseur

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY.

PROFESSEURS

MM. HERMANN	Physiologie
CIBERT	Clinique urologique
PONTHUS (détaché à Beyrouth)	Physique biologique
DECHAUME	Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale
ROCHET	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire
CHARBON	Chimie organique et toxicologie
WERTHEIMER	Clinique chirurgicale B
PAUPERT-RAVAULT	Clinique médicale B
FROMENT	Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires
CROIZAT	Clinique médicale C
ENSELME	Chimie biologique et médicale
MALLET-GUY	Clinique chirurgicale A
GUILLEMINET	Clinique de chirurgie orthopédique et de chirurgie infantile
REVOL	Pharmacie galénique et matière médicale
POLLOSSON	Clinique gynécologique
PIGEAUD	Clinique obstétricale
BOURRET	Médecine du travail
LEVRAT	Clinique médicale A
SOHIER	Hygiène et action sanitaire et sociale

DUCLOS	Clinique stomatologique
BERNHEIM	Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge
JOURDAN	Biologie médicale et pharmacodynamie
NETIEN	Botanique et cryptogamie
BERTRAND	Clinique chirurgicale C
BADINAND	Chimie analytique pharmaceutique
DREVON	Pharmacie chimique et pharmacologie
ROCHE	Médecine légale et déontologie
COUDERT	Parasitologie et pathologie exotique
MOUNIER-KUHN	Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie
PAUFIQUE	clinique ophtalmologique
THIERS	Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie
BRUN	Clinique de pneumo-phtisiologie
CREYSSEL	Clinique traumatologique des membres
DARGENT	Cancérologie
GUICHARD	Anatomie pathologique
GIRARD Paul	Pathologie générale et expérimentale
LATARJET	Anatomie
PEYCELON	Pathologie chirurgicale
GIRARD Marcel	Thérapeutique
VACHON	Pathologie médicale
GALY	Physio-pathologie des voies respiratoires
KEHL	Histologie et embryologie
PAPILLON	Radiologie
JEUNE	Clinique des maladies infectieuses
GONIN	Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale
MONNET	Bactériologie
BANSSILLON	Physiologie et pathologie obstétricales
CHATONNET	Physiologie
GUINET	Clinique endocrinologique

Professeurs à titre personnel

MM. BERGER	Physique nucléaire appliquée à la médecine
DORCHE	Technologie pharmaceutique
CIER J.François	Physiologie
BERTOYE	Bactériologie
TRILLAT	Clinique de chirurgie orthopédique
FREIDEL	Clinique stomatologique

Professeurs sans chaire

ROMAN	Parasitologie

CIER André	Pharmacie chimique et pharmacologie
PERROT	Chimie organique et toxicologie

Maitres de Conférences-Agrégés

Médecine.

MM. FEROLDI	Anatomie pathologique
CREYSSEL Roger	Chimie biologique et médicale
DUROUX Emile	Anatomie
BRETTE René	Thérapeutique
DUMONT Louis	Histologie
THIVOLET Jean	Hygiène
GARIN Jean-Paul	Parasitologie
MORET Robert	Physique
BOUCHET Alain	Anatomie
TOMMASI Michel	Anatomie pathologique
RIFFAT Georges	Hygiène
JOUVET Michel	Pathologie expérimentale
FAVRE-GILLY Jean	Hématologie

Pharmacie

MM. ODDOUX Lucien	Botanique et cryptogamie
MALLEIN René	Chimie analytique
GRAS Jean	Chimie biologique
PEYRIN Jean-Olivier	Physique

Agrégés en exercice

MM. PONT Maurice	Médecine générale
VIGNON Georges	Médecine générale
REVOL Louis	Médecine générale
PLAUCHU Marcel	Médecine générale
TRAEGER Jules	Médecine générale
MARION Pierre	Chirurgie générale
MICHAUD Pierre	Chirurgie générale
JAUBERT-DE-BEAUJEU Michel	Chirurgie générale
SAUTOT Jean	Chirurgie générale
GUILLEMIN Georges	Chirurgie générale
BURTHIAULT René	Obstétrique
GIGNOUX Marcel	Oto-rhino-laryngologie
FRANCOIS René	Pédiatrie
DEVIC Michel	Médecine générale
DESPIERRES Charles	Médecine générale
DE MOURGUES Georges	Chirurgie générale
FRANCILLON Jacques	Chirurgie générale
SAUBIER Eugène	Chirurgie générale
COLOMB Daniel	Dermatologie
COLIN Marcel	Médecine légale

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550016_0006

MM.	TOLOT François	Médecine du Travail
	GUYOTAT Jean	Neuro-Psychiatrie
	SCHOTT Bernard	Neuro-Psychiatrie
	DUMONT Martial	Obstétrique
	BONAMOUR Georges	Ophtalmologie
	DURAND Louis	Urologie
	GARDE Alexandre	Médecine Générale
	PERRIN André	Médecine Générale
	LARBRE François	Médecine Générale
	MORNEX René	Médecine Générale
	NORMAND Jean	Médecine Générale
	MARET Gilbert	Chirurgie Générale
	LESCOTES Jacques	Chirurgie Générale
	CHASSARD Jean-Louis	Electro-radiologie
	ALLEGRE Georges	Neuro-Chirurgie
	HUGONNIER René	Ophtalmologie
	FAYSSE Robert	Orthopédie
	GAILLARD Jean	Oto-Rhino-Laryngologie
	KALB Jean-Claude	Pneumo-Phtisiologie.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. DECHAUME

GUYOTAT

COLIN

MARIN

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MA GRAND'MERE

A MES PARENTS

A MES BEAUX PARENTS

A MA SOEUR

A MON FRERE

A MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DECHAUME

Professeur de Clinique Neuropsychiatrique et d'Hygiène Mentale

qui nous a fait l'honneur d'accepter la Présidence de notre Jury de Thèse.

Nous avons le privilège d'être Interne dans son Service au Vinatier. Il nous a aidé de ses conseils.

Qu'il trouve ici l'expression de notre très respectueuse gratitude.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE COLIN

Bien que n'ayant pas encore bénéficié de son enseignement, nous avons toujours trouvé chez lui un accueil d'une profonde sympathie. Il nous a ouvert de riches perspectives.

Nous le remercions d'avoir bien voulu s'intéresser à ce travail. Qu'il trouve ici l'expression de notre admiration et de notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE GUYOTAT

Nous avons le privilège de travailler actuellement sous sa direction. Nous avons pu apprécier ses examens de malades et ses conseils psychothérapeutiques.

Nous le remercions d'avoir accepté d'être membre de notre Jury. Qu'il trouve ici l'expression de notre attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE MARIN

Nous le remercions de l'amabilité avec laquelle il a accepté de faire partie de notre Jury et de l'intérêt qu'il a manifesté pour notre travail. Nous nous félicitons de bénéficier cette année de son enseignement.

Nous tenons à lui exprimer notre vive gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BECACHE

Il nous inspira le sujet de cette thèse et dirigea notre travail. L'année passée dans son service fut pour nous une initiation féconde à la psychiatrie. Nous avons largement bénéficié de sa rigueur clinique.

Qu'il trouve ici l'expression de notre attachement et de notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BROUSSOLLE

Nous lui devons de nombreuses observations. Son dynamisme et son enthousiasme ont été pour nous une leçon et un soutien constant au cours du séjour que nous avons fait dans son service. Sa très humaine compréhension du malade nous a profondément impressionné.

Nous lui exprimons notre attachement et notre vive gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR REQUET

Au cours de brèves conversations, il a témoigné de l'intérêt pour notre travail.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUBOR

Avec lequel nous avons travaillé cette année et qui nous a fait profiter de sa grande culture psychiatrique.

Qu'il en soit ici remercié.

AUX MEDECINS DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DU VINATIER

MONSIEUR LE DOCTEUR BALVET
MONSIEUR LE DOCTEUR BEAUJARD
MONSIEUR LE DOCTEUR BERTHIER
MONSIEUR LE DOCTEUR ACHAINTRE
MONSIEUR LE DOCTEUR BERGERET
MONSIEUR LE DOCTEUR PY
MADAME LE DOCTEUR PY
MADEMOISELLE LE DOCTEUR ROTHBERG
MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCKSON
MONSIEUR LE DOCTEUR BURGAT
MONSIEUR LE DOCTEUR ROULLET

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT

AUX ASSISTANTES SOCIALES, INFIRMIERES , INFIRMIERS et SECRETAIRES DU VINATIER avec lesquels nous avons travaillé.

" La liberté humaine qui s'éprouve dans des expériences collectives aussi bien qu'individuelles, consiste en une action volontaire, spontanée et clairvoyante, novatrice, inventive et créatrice qui guidée dans le feu de l'acte même, provoque l'interpénétration du moteur, du motif et de la contingence, s'efforce de franchir, renverser, briser tous les obstacles, de dépasser, de recréer toutes les situations".

GURVITSCH (déterminismes sociaux et liberté humaine).

AVANT - PROPOS

Il n'y a pas si longtemps un tel intitulé eût paru relever d'une anticipation beaucoup trop idéaliste pour mériter une étude particulière.

Nous sommes certains qu'il ne manquera pas d'éveiller chez certains un scepticisme un peu condescendant. Il est vrai que le terme de guérison conserve un caractère un peu fastueux auquel s'attache un préjugé d'inaccessibilité. Longtemps considéré comme indésirable dans le vocabulaire psychiatrique, il constitue en quelque sorte comme on l'a dit de façon imagée : la pierre philosophale des sciences de l'esprit.

Il est de fait que la vieille psychiatrie asilaire, fossilisée dans sa tradition descriptive et classificatoire, n'avait pas accoutumé les profanes à envisager la maladie mentale sous cet angle, ne se hasardant guère à postuler des résultats thérapeutiques dans le concert des spécialités médicales. De tout temps et dans toutes les disciplines scientifiques, l'esprit humain s'est appliqué à légitimer les insuffisances de sa connaissance en mystifiant son ignorance comme à faire des descriptions minutieuses de ce qu'il ne pouvait comprendre ; ainsi s'est développée la malédiction d'incurabilité qui a grevé si lourdement le développement de la psychiatrie et dont les séquelles sont encore si nettes dans l'opinion publique, témoins cette gêne craintive, cette sollicitude excessive ou ces plaisanteries conjuratoires qui accueillent encore le malade mental à sa sortie de l'hôpital.

Nous n'avons pas dans l'esprit de tenter ici une gageure, cette étude nous a été inspirée par les impératifs réalistes et pragmatiques de la clinique courante qui ne peut se satisfaire d'un obscurantisme plus ou moins consciemment entretenu, mais qui réclame au contraire des directives applicables et des résultats reproductibles. Car, tel est ce paradoxe que cette notion qui représente la fin ultime, l'objectif de tous les efforts thérapeutiques et qui est au coeur même de l'angoisse de tout psychiatre, se voit reléguer au plan des spéculations les plus abstraites. L'abondante littérature en ce domaine suffirait à démontrer qu'il y a là un problème majeur ; qu'il nous suffise de citer ici MINKOWSKI :

"L'étude des critères, des normes de la santé mentale devrait faire partie des bases de l'hygiène mentale, car on ne saurait lui demander de maintenir et de renforcer un état normal dont on ne peut définir scientifiquement ce qu'il doit être".

Mais ce propos scientifique se heurte en psychiatrie à de puissantes résistances. Dans un récent article GUSDORF signalait que :

"l'avènement de la psychiatrie scientifique suppose dans sa simplicité même, la disparition d'un certain nombre de préjugés extrêmement tenaces concernant la valeur symbolique et mystique des maladies, car le corps humain est un emplacement privilégié pour les représentations mystiques, les interprétations avec les symbolismes de toute sorte"

et encore :

"et cette signification préréfléchie de la folie n'a pas encore été complètement exorcisée dans la conscience commune par les rationalisations de la psychiatrie".

Il n'est pas superflu de rappeler que la médecine, qu'elle se préoccupe des troubles somatiques ou mentaux, est dans son essence même, par la fin qui la lie à son objet, un domaine non spéculatif, qui se doit d'assimiler à son bénéfice toutes les acquisitions scientifiques ou philosophiques de la façon la plus efficace.

La psychiatrie n'échappe pas à ce contrat d'efficacité, la poétique des délires, ni le surréalisme de certaines productions pathologiques ne doivent faire oublier qu'il s'agit d'un sujet à soigner, à libérer des étraves de la maladie. Il faut bien reconnaître ici qu'il y a eu de la part de certains auteurs quelque délectation à brandir le caractère sacré de la maladie mentale pour la soustraire ainsi à toute tentative d'investigation scientifique. De brillants avocats de la folie se sont fourvoyés dans une connivence morbide avec leurs malades, vivant en symbiose avec ceux qu'ils avaient prétendu arracher à la folie, tels des magiciens au milieu de leurs médiums, y trouvant parfois matière à justifier leurs propres tendances anarchiques et blasphématoires.

Par ailleurs, la question de la guérison est souvent éludée pour diverses raisons :

- caractère trop éminemment subjectif des critères avancés,
- trop grande variabilité d'un cas à l'autre "l'individuel dominant la sphère des déviations mentales" selon l'expression de MINKOWSKI.

Il n'est certes pas question de trahir la réalité clinique en la fixant dans des instantanés trop rigides, mais seulement d'étudier les différentes modalités par lesquelles un individu accède à la guérison. Plutôt que d'envisager des critères trop précis qui impliqueraient la référence univoque à un étalon de santé, nous nous proposons d'étudier les variétés de la guérison.

Nous inspirant en cela de DUYCKAERTS, nous défendrons une psychiatrie thérapeutique fondée sur la connaissance scientifique et rationnelle des maladies mentales qui nous parait le seul garant de toute la probité et la neutralité nécessaire en cette matière.

La psychothérapie en particulier qui implique directement le thérapeute se doit de rester à l'écart de tout prosélytisme. Il faut ici dénoncer les dangers d'une psychiatrie fondée exclusivement sur l'appréhension subjective des malades, car il s'agit d'une subjectivité toujours asservie, conditionnée par les réflexes de la classe sociale et du milieu éducatif originel du thérapeute, ainsi qu'à ses options culturelles.

"Si la définition de la norme psychologique ne répond pas aux exigences de l'objectivité, il est impossible que la psychothérapie ne manque pas au respect que nous devons à l'homme".

Seule une psychiatrie soucieuse de références constantes à des données scientifiquement établies peut permettre de faire la part de ces paramètres.

Dans son livre sur le Normal et le Pathologique, CANGUILHEM cite à ce propos une mise en garde sévère de R.LERICHE :

> "La science repousse l'indéterminé et quand en médecine on vient fonder ses opinions sur le tact médical, sur l'inspiration ou sur une intuition plus ou moins vague des choses, on donne l'exemple de cette médecine de fantaisie qui peut offrir les plus grands périls en livrant la vie et la santé des malades aux lubies d'un ignorant inspiré".

Il est bien évident qu'une telle appréciation n'est pas recevable telle quelle en psychiatrie où la sagacité du clinicien doit s'élever bien au delà du tangible, mais elle reste une condamnation justifiée des attitudes mystiques et

des élucubrations narcissiques par lesquelles certains mages prétendent usurper une compétence thérapeutique.

Il n'est pas question de s'obstiner par un parti-pris objectiviste ou par un scientisme naïf vouloir décerner à la psychiatrie un brevet scientifique, nous sommes parfaitement conscients des limites qu'une telle attitude ne tarde pas à rencontrer aux prises avec l'imprévu de la clinique. Il y a là une ambiguité irréductible, parce qu'inhérente aux sciences psychologiques dans lesquelles le psychisme humain est à la fois sujet et objet de sa connaissance, parce que comme on l'a justement remarqué, elles sont les seules à se situer à hauteur d'hommes.

Nous pensons avec BLONDEL lorsque dans "la Conscience Morbide" il définit si merveilleusement la fluidité de l'objet clinique.

> "L'image et la métaphore ont au contraire leur emploi naturel partout où ce qui prétend à s'exprimer, pénétré de subjectivité se montre rebelle à nos procédés discursifs et à la généralité plate de la formulation directe. Elles font appel à l'intuition, à défaut de l'intelligence, quand celle-ci, alourdie par l'armature de ces concepts, se laisse gagner à la course par la multiplicité fuyante du réel.
>
> Parallèlement, images et métaphores révèlent que notre besoin d'analyse s'est heurté à des difficultés que les distributions conceptuelles sont hors d'état de surmonter et s'essaye à satisfaire par des comparaisons successives et sans cesse plus rapprochées, dont l'accumulation même finit à la limite par nous fournir le sentiment sinon l'intelligence de l'irréductible réalité autour de laquelle elles se pressent".

Les concepts rationnels doivent constituer les lignes de force selon lesquelles s'exerce cette acuité que seule confère l'expérience clinique vécue.

La méthode phénoménologique, issue dans l'esprit de HUSSERL d'un souci d'établir une réflexion philosophique à caractère scientifique ("De la Philosophie comme science rigoureuse") et non pas de servir de blanc-seing ou de couverture scientifique à des errements incontrôlés, nous paraît de ce point de vue la plus riche des perspectives.

I N T R O D U C T I O N

Avant d'aborder un tel sujet, il est essentiel de préciser l'orientation que nous avons donnée à cet exposé inévitablement fragmentaire .

- Nous nous sommes volontairement tenus à l'écart de la dialectique entre le normal et le pathologique,
- de même, nous n'avons pas envisagé le problème dans les développements statistiques qu'il pourrait exiger,
- nous avons également banni de notre exposé toute discussion visant à la définition d'un étalon de santé mentale, considérant, comme le faisait déjà remarquer NIETZCHE, qu'il y a des santés et non par Une Santé. La santé étant selon LITTRE: "l'exercice permanent et facile de toutes les facultés physiques ou mentales", on peut concevoir aisément que chacun est à même d'y apporter une solution individuelle.

Nous avons au contraire choisi comme thème de référence essentiel la vie sociale de l'individu, adoptant par là une définition essentiellement dynamique de la guérison.

Celle-ci étant selon JUNG :" une auto-évolution psychologique de l'être à l'endroit de laquelle le traitement médical n'intervient plus qu'à titre de support, de vecteur de réalisation, de simple catalyseur",

ou encore :" Au cours du processus de guérison, nous assistons extérieurement à une normalisation du comportement et intérieurement à un élargissement conscientiel de l'être, à une reconstruction structurale et à un recentrage de celle-ci, à une conformisation du sujet à lui-même, à une synthèse de ces divers facteurs hétérogènes, synthèse nouvelle et chaque fois irréductiblement originale et qui ne peut s'effectuer que sur un plan plus élevé que celui où le sujet se débat dans sa maladie".

C'est encore ce qu'il désigne sous le terme d'individuation.

Dans une première partie, nous étudierons le problème tel qu'il se pose dans la réalité clinique hospitalière de tous les jours :

° d'abord sur un plan général en tenant compte des différentes catégories nosographiques pour autant qu'elles confèrent au processus de guérison un caractère particulier,

° puis, à la lumière des cas fortuits, à travers leur inédit.

Dans un deuxième chapître, nous aurons en vue plus spécialement la perspective psychanalytique, dont l'intérêt s'impose par la multiplicité des études qui ont été consacrées à ce problème par l'école analytique et par l'acuité toute particulière du problème dans cette technique psychothérapeutique.

Le troisième chapître, d'importance primordiale, est consacré aux incidences sociales du problème. Il se décompose en deux parties :

° le plan de la psychologie sociale qui évalue la guérison dans les formes multiples de l'affrontement qui met aux prises l'individu et son milieu, dans la conquête d'abord, puis la défense de ses statuts et l'exercice de ses rôles. Nous n'avons pas craint d'accorder un long développement, car c'est à la vie sociale qu'il appartient en définitive d'avaliser une guérison cliniquement admise.

° La deuxième partie étudie les réactions de la société et son comportement vis-à-vis du malade mental, l'accueil qu'elle réserve à ce déviant qu'elle a d'abord évincé : c'est la notion de réhabilitation sociale. Nous étudierons un point de friction tout particulier des litiges entre individu et société : le problème de l'état dangereux avec ses répercussions pénales, la notion de nuisance sociale.

En conclusion, nous essaierons de trouver une définition aux guérisons psychiatriques tenant compte de tous les avatars de la thérapeutique :

- récidives
- assujettissement aux traitements d'entretien
- tutelle médicale et post-cure.

CHAPITRE I

LE PROBLEME CLINIQUE

A) Les difficultés méthodologiques

Le problème de l'appréciation clinique de la guérison est un problème auquel les psychiatres hospitaliers se trouvent journellement confrontés ; maintenant que l'essor des thérapeutiques modernes et la vocation plus résolument interventionniste de la psychiatrie, proposent un nombre chaque jour plus important de sujets à la réhabilitation sociale.

Mais ce problème pour être de pratique quotidienne, n'en comporte pas moins de sérieuses difficultés tant théoriques que méthodologiques. L'évaluation clinique de la guérison mentale est tout d'abord la synthèse de 2 points de vue complémentaires indissociables en psychiatrie :

- Le premier point de vue, très behavioriste, consiste dans l'enregistrement des modifications extérieures du malade à l'intérieur d'un milieu expérimental, donc artificiel, comme nous aurons l'occasion de le montrer au chapître suivant : le milieu hospitalier, ainsi que des déclarations du malade quant à sa propre estimation des transformations qu'il a subies.

Ce point de vue qui fait largement appel aux données de l'observation immédiate, données du niveau de la psychologie animale, est utilisé dans l'échelle de comportement de FERGUS FALLS. Cette échelle, mise au point en Suède à propos d'un groupe de psychoses séniles, explore onze domaines de comportement dans lesquels le malade livre un aperçu de sa participation aux activités "sociales du service et de son évolution psychomotrice :

A - Comportement du sujet au travail ;
B - Comportement du sujet au repas ;
C - Rapports avec les autres hospitalisés ;
D - Rapports avec le personnel soignant et hospitalier ;
E - Positions vis-à-vis des traitements actifs ;
F - Ergo de ludothérapie, à l'exclusion des promenades ;
G - Intérêt porté aux habits et à sa propre personne ;
H - Activité psychomotrice (à l'exclusion des trajets pour aller à la salle de bains, à la salle à manger et au dortoir) ;
I - Elocution ;
J - Soins de toilette .

Ces différents domaines sont cotés journellement de 1 à 5 en référence à une table préalablement établie dans laquelle sont consignées les gammes des différentes possibilités de comportement. Chaque membre du personnel soignant a ainsi la charge de quelques malades dont il lui est loisible d'observer les évolutions.

Pour objectiver les résultats obtenus, on peut perfectionner la méthode en portant les résultats sur des graphiques construits sur le modèle des sociogrammes, dans lesquels chaque rayon, gradué de 1 à 5 du centre à la circonférence, représente un des domaines d'activité mentionnés ci-dessus. En joignant les points obtenus sur les divers rayons, on obtient une surface, reflet de l'activité du malade qu'on peut définir comme la "surface d'activité" mesurant à la fois l'évolution psychomotrice et celle de son indice de sociabilité.

Cette méthode a le mérite de permettre dans une certaine mesure de comptabiliser les résultats obtenus dans l'évolution du comportement d'un malade avec ou sans thérapeutique et d'avoir ainsi une idée sommaire d'un effet thérapeutique et de son point d'impact sur le comportement du sujet.

Cette appréciation du comportement, sorte de cinématique de l'amélioration, doit être complétée par l'appréciation subjective du thérapeute, dans le climat issu de la rencontre et au travers de toutes les vicissitudes de la relation médecin-malade, expérience vécue singulière dont les données ne sont guère codifiables. Elle tient compte également du résultat des diverses thérapeutiques essayées.

Ce premier aspect ne constitue que la phase négative du processus de guérison : la disparition des symptômes, des anomalies flagrantes qui, après avoir désigné le malade à l'attention en signifiant son inadéquation aux nécessités de la vie sociale, ont conduit à son éviction. Il a un caractère normatif, paraissant inévitablement lié aux paramètres propres qui définissent le régime en vigueur dans le service.

- Le deuxième aspect, beaucoup plus délicat à apprécier, comporte fatalement un élément pronostic et c'est là que réside une source majeure de difficultés et d'incertitudes. En effet, tandis que la guérison d'une affection somatique sanc-

tionne davantage une suite de transformations aboutissant à un état défini par certaines constantes universellement reconnues, la maladie mentale est plus que tout autre une maladie ontologique, une manière d'être, un Dasein particulier.

Dans cette perspective, la guérison mentale n'est pas un instantané au-delà duquel on peut décréter une guérison. Elle reste un pari sur l'avenir, une prospective et requiert à l'instant même où l'on statue sur elle, la représentation de tout un devenir, dont la trajectoire se confond avec celle de l'individu.

Dans la pratique : il s'agit, à partir du comportement du sujet dans des conditions définies, privilégiées dans le sens d'un recours thérapeutique maximum et de la soustraction aux influences nocives, d'évaluer, de prévoir quelles seront les chances de succès dans son affrontement ultérieur aux péripéties vitales. L'essence même de la guérison mentale réside dans cette prévision, cette prophétie. C'est ici que se fait jour la nécessité impérieuse pour le psychiatre encore récemment soulignée par BONNAFE ("27 opinions sur la Psychothérapie") d'une connaissance aussi approfondie que possible des conditions de vie dans les divers milieux sociaux qui sont autant de facteurs d'échec ou de réussite.

Ayant ainsi exposé les difficultés méthodologiques inhérentes à l'appréciation des résultats en pratique clinique, nous nous proposons d'étudier les différentes phases du processus de guérison.

Il s'agit pour éviter de trahir la réalité clinique en la figeant dans des instantanés trop rigides, de la considérer comme un phénomène et d'en faire par conséquent une étude phénoménologique au sens propre du terme.

Nous envisagerons d'abord le processus dans sa généralité sur le plan de la psychopathologie générale, puis à travers les grandes catégories symptômatiques de la pathologie mentale, enfin à travers l'individuel des cas cliniques dans l'expérience quotidienne des faits.

B) Généralités - Le Processus de la guérison vu sous l'angle de la psychopathologie générale.

Le processus peut être appréhendé de différentes manières selon les systèmes de coordonnées que l'on adopte :

1°) Dans l'optique organo-dynamiste

On peut considérer l'ensemble des transformations qui jalonnent la guérison, relativement à 2 plans (ou axes) fondamentaux. Il faut bien entendre par là qu'il ne s'agit que de points de vue différents sous lesquels on peut envisager un phénomène unique, ou encore, d'un point de vue gestaltiste, que ce sont là deux figures sur un même fond.

Il s'agit d'un artifice commode pour distinguer deux degrés différents de perturbations de la vie mentale.

Les différents secteurs conceptuels de la psychiatrie moderne convergent sur la notion de conscience depuis la neurophysiologie jusqu'à la philosophie phénoménologique. L'activité de la conscience, synthèse de toutes les données perceptives à tous les degrés d'élaboration, apparaît comme la scène principale sur laquelle se profilent les phénomènes morbides. C'est de la qualité et de l'étendue de son champ d'activité que dépend l'équilibre ultérieur de l'individu ; elle est ce travail continu de structuration qui différencie l'être de son champ phénoménal, le spécifie, lui donnant du même coup sa définition :

"Désigner est en effet une opération de puissance où l'on force la conscience d'un autre à se voir dans votre conscience propre, laquelle n'est souvent que le reflet et le produit de la conscience collective fabricatrice".

Le chapître suivant nous permettra d'aborder le plan des troubles de la personnalité à propos de la perspective psychanalytique.

2°) Dans l'optique existentielle

Le passage de l'état morbide de la conscience à l'état sain repose sur différents mécanismes fondamentaux.

La guérison peut être envisagée comme une restitution de l'être dans sa

définition en regard des 3 coordonnées fondamentales étudiées par la philosophie existentielle : l'"Eigenwelt" ou monde du corps, l'"Umwelt" ou monde extérieur spatio-temporel et le "Mitwelt" ou Monde social, monde de l'Autre.

Ainsi le passage de l'état morbide de la conscience à la conscience saine repose sur différents mécanismes fondamentaux :

1) Le retour à la maîtrise consciente du corps : l'individu doit conserver sa définition à travers la multitude des éprouvés élémentaires de sa corporéité. La re-découverte de ce qu'on a très bien désigné par : l'unité significative, principe d'identification de l'être à travers la fluidité des états de conscience, et tout au long de l'histoire individuelle, dans un équilibre dynamique perpétuel entre les perceptions actuelles et le signe des perceptions antérieures.

2) La restructuration temporelle de l'être, conformément aux exigences vitales du Principe de la réalité, c'est-à-dire aboutissant à l'élaboration d'une conduite en fonction de l'Ici et du maintenant. Dans la maladie mentale "il ne subsiste plus qu'un chaos d'icis successifs et d'instants insulaires"(FOUCAUT). On doit à MINKOVSKI d'avoir montré toute l'importance d'une perspective chronologique saine en psychiatrie, chaque maladie mentale pouvant se définir par une formule temporelle propre.

3) Le recouvrement d'un pouvoir de discrimination toujours disponible permettant la sélection du matériel perceptif et idéique selon son degré d'actualité, la ségrégation entre le monde des fantasmes et de la fiction, et le vécu actuel (l'immédiatement signifiant) . Ce pouvoir discriminatif est altéré dans les états délirants par exemple, où des données émanant de l'Imaginaire sont affectées du même exposant de réalité que les données de la perception actuelle et peuvent avoir ainsi directement accès à l'action et aux schèmes de conduite. Tout se passe comme s'il existait une certaine qualité des états de conscience réglant la perméabilité normale, l'osmose entre le matériel imaginaire et le domaine d'intégration des perceptions actuelles.

Dans le Moi morbide, des associations peuvent ainsi faire irruption, entourée d'une capsule symbolique hermétique et se vivre dans des fragments de conduite dépareillés, sans avoir été soumises au travail d'élaboration que leur impose normalement la conscience réflexive. Inversement, la pensée délirante est

incapable d'intérioriser les expériences émanant du monte extérieur.

C) La Guérison dans les grandes catégories symptômatiques de la pathologie mentale

Nous envisagerons successivement la guérison :

- dans les états aigus ou paroxystiques
- dans les maladies cycliques ou périodiques
- dans les maladies évolutives
- dans les états névrotiques
- dans le cas particulier de l'alcoolisme

1°) Le processus de la guérison dans les affections paroxystiques

a) les états d'urgence biologique

Il existe une étape biologique de la guérison des états aigus, particulièrement marquée dans le cas des délires aigus, du delirium tremens, des états confusionnels graves, de la catatonie aiguë . Ces états d'imminence catastrophique au sens de GOLDSTEIN réalisent des états dramatiques dans lesquels l'organisme tout entier semble vivre dans l'angoisse intense de sa désorganisation, le prélude à sa disparition. L'amélioration est ici étroitement solidaire de la normalisation biologique. Les thérapeutiques de choc nous font assister à des défervescences spectaculaires au cours desquelles on voit resurgir les traits d'une personnalité là où l'on ne voyait plus qu'une préparation physiologique. L'objet voué à la désintégration est redevenu un sujet.

b) les déréglements de l'Humeur

La défervescence du vécu maniaque et la disparition de la volatilité de la pensée, de même que la "remise en marche" au sortir d'un état mélancolique, constituent des exemples spectaculaires illustrant de façon démonstrative le critère de la modification du temps vécu que nous avons examiné plus haut.

Leur guérison nécessite un soin tout particulier, car ils constituent un climat d'éclosion redoutable pour les troubles paroxystiques. Ils sont cette modification intrinsèque immédiate du vécu qui retentit instantanément sur l'activité du malade dont ils colorent toutes les réactions. Il n'y a pas de position d'équilibre en dehors de la disparition de tous les symptômes, car les troubles engendrés constituent un élément d'inadéquation irréductible à la vie sociale.

c) Les dissolutions de la conscience

Là encore il n'y a pas de moyen terme compatible avec une vie sociale tant que ne sont pas restaurées les fonctions directrices qui sélectionnent idées et perception dn vue d'un comportement social adapté et cohérent. La variation de la physionomie des syndromes tout au long de l'échelle des niveaux de conscience mise en lumière par l'école organo-dynamiste, depuis le niveau confuso-onirique où l'être est agi entièrement par l'imagerie hallucinatoire, jusqu'aux dissolutions légères qui permettent l'accès à l'action de conduites directement inspirées par des états affectifs, nous permet de retrouver le critère de la hiérarchie des instances psychiques en fonction d'un gradient de réalité.

d) Les bouffées délirantes

avec leur sentiment de mise en cause cosmique, leur caractère d'orage imaginatif ne posent guère de problème au clinicien en ce qui concerne leur guérison immédiate. Il en va tout différemment de leur devenir à long terme.

2°) Le problème de la guérison dans les maladies périodiques

Le problème des récidives n'a pas la même résonnance en pathologie mentale qu'en pathologie générale. Il acquiert ici le caractère d'une menace latente qui représente, au moment même de la décision de sortie, une hypothèque qui va jusqu'à contester la réalité même de la guérison, pour n'octroyer au sortant que le bénéfice d'un sursis. Un asthmatique, un angineux ou un rhumatisant peuvent, il est vrai, se sentir à la merci d'une crise, mais la répétition des crises, pour si aggravante qu'elle puisse être, ne va jamais jusqu'à remettre en cause l'authenticité même de la guérison d'un accès.

Ce refus de l'opinion publique de faire crédit à un malade ayant présenté plusieurs accès est manifeste. Combien de psychiatres se sont plus d'une fois entendu dire : "En guérissez-vous Beaucoup ? ou encore ...."mais les guérissez-vous vraiment?" — Nous reviendrons sur ce sujet au chapître social.

La science psychiatrique marquera un progrès considérable lorsqu'elle aura réussi à déconditionner les mécanismes de rechutes. Certaines de nos obser-

vations cliniques nous montreront cependant un désamorçage progressif des déclics sociaux de la maladie, ayant permis d'atténuer, voire même de prévenir, une rechute.

3°) La guérison dans les maladies évolutives

a) Les délires progressifs

Le problème de l'exigence de la disparition de toute activité délirante a été controversé :

Pour certains auteurs, il y a là un facteur d'impossibilité en raison du caractère de viciation fondamentale de l'activité qu'ils signifient.

D'autres admettent dans certains cas la persistance d'une certaine activité délirante dans un secteur bien délimité, ne risquant pas d'affecter par son étendue tous les domaines de l'activité et ayant perdu toute tendance évolutive : c'est le délire inerme.

Mais l'anévolutivité est un critère dont il est fort difficile de préjuger. On admet par ailleurs la persistance d'un résidu séquellaire qui représente la marque indélébile du processus morbide. Le thème du délire intervient par les réactions antisociales qu'il peut susciter et par sa sthénie propre. Les délires dits hypersthéniques qui évoluent sur une structure paranoïaque ou passionnelle (jalousie, revendication, vengeance , fanatisme politique ou religieux sont remarquables par leur malignité et la persistance d'une virulence redoutable sous les apparences d'un comportement inoffensif.

La sortie de ces malades comporte toujours un risque important.

Les différents auteurs qui ont étudié les modifications des délires sous l'action des psychotropes, s'accordent à reconnaître la validité du schéma suivant:

Tout d'abord, on assiste à une atténuation de l'anxiété ou, d'une façon plus générale, du climat affectif matriciel dans lequel se développent les efflorescences délirantes. Ce premier temps est fondamental car le délire ne trouve sa virulence que sous un éclairage affectif, une "Anschauung" particuliers.

Puis le processus délirant (nous n'en parlons pas ici comme d'une entité à la manière de DE CLERAMBAUT . s'estompe, en ce sens que le moi sujet, accèdant à un niveau de conscience suffisant, se désolidarise en quelque sorte du monde délirant, devenant de moins en moins acteur et de plus en plus spectateur.

A un degré de plus, il s'établit progressivement une démarcation, la possibilité d'un discernement entre l'Umwelt et l'imaginaire. Le domaine délirant de la personnalité est ainsi confusément éprouvé distinctement du monde réel, en tant que fiction, parfois affecté d'une nuance nostalgique comme au réveil d'un rêve agréable, ou considéré avec crainte comme une attraction vertigineuse. Cette phase se traduit cliniquement par la réticence.

On s'accorde à l'unanimité à souligner l'imprudence à considérer alors le malade comme "guéri", le vécu morbide conservant alors toute sa fascination face à un moi qui n'ose encore diriger sur lui son activité réflexive. Elle reflète par ailleurs une connaissance superficielle du vécu morbide, en même temps qu'elle traduit une ambiguité entre les sollicitations du monde fantasmique et la notion de son incongruence au réel. C'est encore un refus d'option entre 2 directions divergentes.

La phase ultérieure dépend du niveau de conscience auquel s'est située l'expérience morbide. Nous ne parlerons pas des épisodes aigus qui constituent de véritables syncopes psychiques, et où l'amnésie est la règle évidente. Mais il existe dans certains cas un mécanisme du moi normal qui est de scotomiser, de travestir ou de renfer des souvenirs perturbateurs ou inutiles, l'amnésie consécutive peut donc être considérée comme un aboutissant valable.

Dans un autre mode, le sujet, qui a accédé au stade des souvenirs délirants sans participation émotionnelle, entame le procès de la personnalité morbide. Ce critère de la critique rétrospective, très séduisant dans une optique rationaliste et qui constitue à première vue le nec plus ultra, n'a plus tout à fait son caractère absolu. On admet que la personnalité décide d'adopter une manière plus adéquate sans condamner entièrement son régime antérieur.

b) Les psychoses schizophréniques

Les psychoses schizophréniques sont celles qui offrent la gamme la plus étendue de nuances dans leur évolution, et aussi le plus de difficultés à une systématisation de leur évolution.

Dans la schizophrénie, le Moi éclaté s'éprouve encore dans la conscience angoissante de son morcellement (RACAMIER), de son chaos. Le moi a perdu avec sa signification, ses limites, sa définition dans la "mondanité", et la confusion moi-non-moi permet au monde matériel des irruptions menaçantes dans l'être, comme au corps de monstrueuses expansions sur le monde environnant. Cette adualisme livre le Moi au désarroi des conflits anciens.

Le phénomène fondamental est constitué ici par un travail de resynthèse progressive du Moi à partir de mécanismes élémentaires d'identification et de réflexion sur l'entourage au moyen desquels le sujet réapprend à s'éprouver comme objet distinct de la péristase.

Il se produit une véritable redifférenciation de l'être, une "reprise en masse" de ce qui n'était plus que le lieu chaotique d'expériences parcellaires, la réorganisation d'un cogito capable de s'individualiser dans l'ordre temporo-spatial et d'agencer la multiplicité des données élémentaires de la perception, de la mémoire et de l'imagination.

Nous n'envisagerons pas ici les syndromes mentaux symptômatiques d'une affection organique dont la guérison corollaire de celle de l'affection somatique causale suit des mécanismes identiques.

Nous réserverons par contre une mention particulière à l'alcoolisme en raison de l'importance considérable de sa contribution à la pathogie mentale et de sa place à part dans la nosographie.

Les troubles de l'intoxication alcoolique réalisent une synthèse complexe de déterminants sociaux, névrotiques et constitutionnels.

4°) <u>La guérison des troubles psychiatriques de l'intoxication alcoolique</u>

Nous nous référerons à la classification de KNIGHT, HAGGARD et JELLINEK.

L'alcoolisme de déterminisme socio-professionnel ou secondaire qui s'installe insidieusement à la faveur de préjugés confortablement établis dans l'opinion publique et d'un rituel immuable d'habitudes contraignantes, oppose à la

guérison de ses victimes une force d'inertie considérable. Il s'agit pour le sortant de consentir à un effort de singularisation souvent aliénant. C'est le grand mérite des groupements de post-cure, des associations de buveurs, d'éviter ce sentiment d'aliénation vis-à-vis du groupe, en l'insérant dans un groupe au sein duquel il trouve un statut qui ne le différencie pas à priori à autrui, en même temps qu'il expérimente un nouveau mode de relations sociales.

Le caractère majeur de la guérison des alcooliques est qu'elle débute à leur sortie d'hôpital.

L'alcoolisme primaire ou névrotique, constitue un mode de défense très dégradé à l'égard d'une situation conflictuelle soulignant un aspect déficitaire de la personnalité. Sa guérison est tributaire de l'évolution thérapeutique de la névrose. Cependant c'est un style de réaction qui peut survivre à la résolution des conflits.

Le problème des névroses est évoqué à propos de la perspective analytique.

D) Guérison et thérapeutique d'entretien

Une guérison idéale laisserait un malade dégagé de toutes obligations thérapeutiques. Dans les faits, le caractère trop souvent symptômatique et substitutif des thérapeutique confère à la guérison un caractère de précarité.

Les déterminismes biologiques et héréditaires constituant dans nombre de cas des fins hors de portée des visées étiologiques, il s'agit de protéger le malade, de s'efforcer de déconditionner le psychisme malade aux facteurs déclenchants émanant du milieu.

Le malade mental ne peut la plupart du temps se passer d'une véritable prothèse chimiothérapique ainsi que de la possibilité d'un recours à un soutien psychothérapique. Certains psychiatres emploient le terme barbare d'"orthopédie psychique".

Comme le diabétique est assujetti à son traitement, le malade mental l'est au traitement psychotrope d'entretien, mais à l'encontre de diabétique qui finit

par assimiler son traitement à un aliment nécessaire, le malade mental vit souvent cette dépendance médicamenteuse comme une servitude, comme un diminutif flagrant à sa personnalité et s'y soustrait à la moindre occasion.

Cette notion de guérison orthopédique pose de gros problèmes tant sur le plan psychiatrique proprement dit que sur la psychologie du malade sortant.

OBSERVATIONS CLINIQUES

Les quelques observations que nous rapportons ici n'ont pas été sélectionnées en vue d'un échantillonnage nosographique. Nous avons retenu celles des malades dont nous avons le mieux pu suivre la trajectoire au travers des visissitudes et des péripéties de l'épopée morbide.

Il est évident que seul un travail statistique considérable pourrait circonscrire les données de ce problème aux perspectives innombrables que constitue la guérison des malades mentaux.

Cependant, c'est en définitive encore au singulier, à l'inédit des cas cliniques dans toute leur trivialité qu'il faut s'adresser pour appréhender l'essence même de la guérison mentale. C'est dans cet esprit que nous livrons ces quelques aperçus cliniques à titre d'illustration.

Obs.n°1 - Mr.B...

Il s'agit d'un buveur dont l'état d'intoxication était déjà avancé. La consommation quotidienne se situait aux alentours de 6 à 7 litres.

Il avait fait avant son hospitalisation plusieurs cures infructueuses.

Issu d'un milieu rural fortement taré du point de vue éthylique, il avait passé son enfance dans un climat dépourvu de toute aménité, marqué par l'exercice irrationnel de l'autorité de la part des parents. Il fréquente l'école jusqu'à 14 ans, puis fait un apprentissage dans la chaussure, se marie à 20 ans. Il est dégagé de ses obligations militaires par une réforme définitive.

Il se présente à son entrée dans un état confusionnel aigu. Après un traitement associant les électro-chocs, les neuroleptiques et la vitaminothérapie, on assiste à une amélioration rapide : il recouvre un état satisfaisant, un appétit normal et fait une critique satisfaisante de ses troubles antérieurs.

Il sort et est suivi régulièrement en post-cure, mais il se trouve d'emblée en butte à de sérieuses difficultés : sa femme, lassée des mauvais traitements auxquels il la soumettait, avait entre temps demandé le divorce et il se trouve embarqué dans une procédure compliquée car il y a 3 enfants. D'autre part, il est victime à peu de temps d'intervalle de deux accidents dont l'un lui occasionne une fracture de Pouteau, l'autre un traumatisme crânien et une hospitalisation de 1 mois.

Un essai de reprise de la vie conjugale se solde par un échec ; le divorce traîne et il se trouve dans une situation financière critique. En dépit de tous ces avatars, il conserve son emploi de manoeuvre spécialisé à la ville de Lyon faisant ainsi preuve d'une réactivité remarquable.

Cette observation souligne la nécessité d'une combativité et d'une aptitude à la lutte sans laquelle nombre de sorties sont vouées à l'échec à plus ou moins brève échéance.

Obs.n°2 - Mr.TC...

Ce malade de 18 ans, exerçant le métier d'ajusteur, est admis à l'hôpital dans un état d'agitation avec réactions impulsives de violence et hostilité se manifestant surtout vis-à-vis de son père. Il présentait depuis peu à son atelier des troubles du comportement à type de négligences insolites dans son travail, d'inexécution des ordres donnés et d'attitudes contemplatives de type catatonique, le regard éteint "minéral", parfois secoué de rires convulsifs.

Il se présente véritablement dans un état catastrophique existentiel. Il tient par ailleurs des propos extravagants, déclarant d'un ton sentencieux : "je m'instruis seul, je réussirai seul ; la société est à mon service, je ne suis pas au service de la société, rien ne m'arrêtera ...

Après une cure neuroleptique au Majeptil, à la "Thiopropérazine", on assiste à une émergence rapide de l'état hébéphréno-catatonique, puis à une reprise progressive d'une ébauche de sociabilité. Ce malade souffrait de la modestie de sa situation sociale, après sa sortie on l'a vu préparer et passer avec succès plusieurs C.A.P. et préparer seul la première partie du baccalauréat en dehors de ses heures de travail comme moniteur.

Au cours de son service militaire, il préparait la deuxième partie quand une rechûte l'a fait réformer. Il est depuis sorti de l'hôpital militaire guéri cette fois-ci par l'halopéridol et a repris son travail.

Ce cas est un beau succès à l'actif des psychotropes. Il montre par ailleurs le rôle considérable joué par l'état professionnel dans la destinée sociale des malades.

Obs.n°3 - Mr.BB...

Jeune malade de 20 ans entré dans le service à la suite d'une bouffée d'agitation schizophrénique.

Elevé dans sa famille, il avait fréquenté le lycée jusqu'à 17 ans et avait échoué à l'examen du B.E.P.C. C'est alors qu'il fait sa première fugue : prend le train jusqu'à Paris et débarque chez des parents éloignés qui le renvoient chez lui. Il fait alors un premier séjour en service fermé où il reçoit un traitement neuroleptique.

A sa sortie il fait plusieurs emplois dans lesquels il ne reste que deux mois au maximum, successivement : vendeur, ouvrier dans une affaire de transport et aide-opérateur de cinéma.

A 18 ans, il s'engage pour 3 ans et est envoyé en Algérie. Un jour qu'il était de faction, il tire en l'air parce qu'il a cru voir dans le ciel des lueurs qu'il a interprété comme des signaux. Il est alors rapatrié et réformé à la suite d'une expertise.

De retour dans la vie civile, il reprend un emploi de magasinier. Un jour il essaie de voler une voiture pour rejoindre une jeune fille qu'il a connue et aller à l'église de M... "pour leur crier la vérité". Il sera appréhendé par Police-Secours en pyjama.

A l'examen d'entrée, on note la discordance, un syndrome de Ganser et des thèmes d'influence : "une voisine devine sa pensée, on a voulu lui faire croire qu'il était Rousseau et on s'est moqué de lui dans le journal". Il subsiste toutefois un certain contact.

Dans le service, il s'adonne à une masturbation frénétique et manifeste. Lorsqu'on y fait allusion, un intense sentiment de culpabilité, il extériorise par moments une vive anxiété, promenant des regards apeurés en proie à une impression d'étouffement.

Après une cure de Sakel associée aux neuroleptiques, on enregistre une amélioration considérable se manifestant par une critique lucide des épisodes antérieurs dont il conserve le souvenir exact, la disparition du syndrome d'influence auquel on le voit se référer de moins en moins fréquemment, qu'il considère ensuite avec indifférence, pour finir par en faire une réfutation logique.

A sa sortie il peut reprendre un emploi de bureau. Mais au bout d'un an se dessine une nouvelle rechute sous forme de désorientation et d'indifférence absolue ; dans le service on note des actes impulsifs, bris d'objets, coups. Il déclare s'appeler Dupont "pour faire comme tout le monde".

On apprend que, parti à son bureau plus tôt qu'à l'ordinaire, il s'était vanté d'avoir enlevé une jeune fille dont le journal relatait la disparition. Il avait ensuite pris le train sans argent était descendu à la première station, puis après avoir erré sans but, il avait pénétré dans un poste d'essence où il avait fait main basse sur divers objets, non sans avoir en compensation déposé un chronomètre et sa chevalière. Pour finir, il avait volé une voiture et avait terminé son équipée contre un arbre, accident heureusement sans gravité.

Ce deuxième épisode s'est résolu de façon analogue par une cure neuroleptique (Ténentil), le retour au calme étant cette fois encore accompagné d'une critique très lucide des troubles du comportement, l'amnésie lacunaire n'affectant que la période confusionnelle.

Remarques

Chez ce malade il faut remarquer l'extraordinaire contraste entre les phases morbides et saines de la personnalité et l'aspect éminemment spectaculaire des transformations.

Il se produit par ailleurs un véritable procès de la personnalité morbide dont les commandes ont été usurpées par les productions incontrôlées émanant du monde fantasmique, une fois que la séquence pathologique a été suffisamment clairement discernée. La personnalité restaurée peut alors interdire aux représentations allégoriques toute intrusion dans le clavier des différentes activités.

Obs. n°4 - Mr.M...

Ce malade, qui sortait de l'école d'agriculture de Cibeins, est admis sur réquisitoire du commissaire de police à la suite d'un état d'agitation avec impulsions coléreuses de type schizophrénique, au cours desquelles il a notamment frappé violemment son père. On note le mauvais contact, la méfiance et le défaut de centrage de la pensée ; ce contact s'améliore par la suite. Il reste cependant très apragmatique.

Ce malade illustre de façon intéressante la resynthèse progressive et la différenciation en figure sur le fond de la péristase, observée au cours du processus de guérison.

Lorsqu'on lui demande pourquoi il ne travaille pas, il répond : "Je ne travaille pas le fer parce que lorsqu'on travaille le fer, on risque de devenir du fer, lorsqu'on travaille du bois, on risque de devenir du bois, lorsqu'on travaille la terre, on risque de redevenir des plantes, la preuve, c'est que quand on est mort, on redevient de la terre et que la terre devient les plantes, les plantes deviennent ma chair".

Il y a là une rationalisation remarquable du sentiment de désomatisation.

Un jour, comme il voit l'un de nous allumer une cigarette au cours de la conversation, il tourne brusquement la tête et lorsqu'on lui en demande la raison: "parce que, dit-il, le feu a été le plus fort, lorsque je mets ma main dans la flamme je me brûle, j'ai mal, la cigarette aussi est agacée".

"tout objet inanimé a une sensibilité : lorsque je passe sous un marronnier, le marronnier est agacé et il lâche des marrons ; lorsque je pique le tissu avec une épingle, le tissu est agacé.

... Un jour, dit-il autre part, j'ai vu un malade : Mr.X... qui était mort. Il était sur un brancard, mais il bougeait encore (chevauchement et confusion du matériel perceptif animé et inanimé). J'ai vu qu'on le descendait à la boulangerie, Il en est ressorti du pain, le pain est fait avec les morts."

Il eût pendant un certain temps très peur d'être changé en pierre. Un autre jour il cherchait des poubelles en disant : "Ici personne ne viendra me chercher".

Chez ce malade on a assisté à une métamorphose spectaculaire du comportement. Il s'est montré peu à peu plus affectif, plus compréhensif et a alors mieux accepté le traitement pour lequel il manifestait de l'hostilité. Il est également devenu plus réceptif aux marques de sollicitude qui lui étaient prodiguées.

Après un essai de sortie, il fait une rechute au cours de laquelle il s'enfonce de nouveau dans l'incurie. Il devient tourmenté et très halluciné : "Il y avait des gens dans son lit qui voulaient l'expulser, qui parlaient de crime". J'entends des ronflements et ça devient gros, énorme".

Au cours d'une nouvelle sortie et après un débloquage manifeste par le Majeptil, les symptômes qui avaient motivé l'internement se sont amendés. Il s'est remis à travailler et travaille depuis régulièrement comme cantonnier à la ville. Il s'est occupé de son avancement, se montrant ainsi capable de se projeter dans l'avenir par la prévision d'un programme vital. Ce fait pourrait sembler banal, suppose à lui seul toute une restructuration de la temporalité. Pour améliorer ses revenus, il poussait même jusqu'à faire du porte à porte.

Sur le plan du comportement sexuel, il a repris des projets de mariage mais conserve des inhibitions et des habitudes auto-érotiques dont il demande du reste qu'on le guérisse.

Il expose le vécu de son hospitalisation et fait à sa sortie une critique pertinente du fonctionnement du service révélant ainsi un enregistrement très nuancé des impressions qu'il lui avait été impossible d'extérioriser en état de maladie.

Obs.n°5 - Melle. G...

Cette malade de 34 ans présente un fond de débilité mentale sur lequel se greffent des épisodes délirants avec troubles du comportement : fous-rires, autisme, stéréotypies, inertie.

Elle était femme de ménage, propre et consciencieuse dans son travail, quoique sans aucune initiative.

Elle sort au bout de quelque temps en sortie d'essai, conservant une certaine activité délirante à mécanisme hallucinatoire.

Retour chez la même employeuse chez qui elle se comporte bien quoiqu'un peu hyponane et présentant par moment des accès d'agressivité sous forme de décharges coprolaliques.

Elle fait ensuite une série de recrudescences délirantes, un séjour en prison pour vol et une tentative de suicide.

Au cours d'une nouvelle sortie, elle prend un poste plus pénible qu'elle doit quitter au bout de trois semaines. Elle se réfugie alors dans un hôtel d'où il faudra la déloger "manu militari".

Les rémissions se sont allongées, les rechutes écourtées et très affaiblies en intensité. Melle. G... a depuis 1 an accepté une situation de dépendance vis-à-vis d'une employeuse qui a la conduite de traitement, et nous tient au courant de son comportement.

Commentaires

Chez cette malade, il est certain que le fond de débilité mentale n'était compatbile qu'avec une formule de vie assez simple organisée autour des besoins élémentaires et d'un travail nettement sous-cortical pour ne pas dire :"médullaire". Il a fallu des conditions de réception privilégiées que la compréhension d'un employeur a permis de réaliser. Cette guérison sous couvert d'un chaperonnage pourrait paraître décevante ; en réalité, elle a constitué dans ce cas particulier une solution de resocialisation préférable à la condition hospitalière, tout autre solution paraissant prohibitive.

Les critères d'amélioration sont chez elle du niveau psycho-moteur et peuvent être assez fidèlement quantifiés par le FERGUS FALIS. Il faut noter également un parallélisme très net entre la symptômatologie mentale et l'état physique.

Obs.n°6 - Melle C...

Cette malade est entrée pour un état dépressif aigu avec anxiété paroxystique, pleurs, réticence, syndrome délirant de persécution.

C'est une mère célibataire ayant deux enfants de pères différents, âgée de 39 ans et qui travaillait depuis 14 ans comme employée de maison. Elle présente un état délirant de persécution : ses voisins l'épient, lui crient des menaces, etc...

Au bout de quelque temps de séjour, on voit disparaître progressivement l'anxiété, mais l'évolution se fait vers le mutisme complet, le négativisme, le refus d'aliments.

Puis de nouveau persécutée, elle se plaint d'être poursuivie des assiduités d'un nord-africain.

Elle sort en maison de repos critiquant alors ses anciennes productions délirantes, mais rechute deux mois plus tard présentant alors un état stuporeux

avec mauvais état général, amaigrissement.

Deuxième essaide sortie. Elle reprend alors un travail dans de nauvaises conditions, fait une critique très lucide de son délire antérieur, reste en relations épistolaires avec le médecin, nais ses lettres deviennent de plus en plus laconiques, montrant par là qu'elle s'émancipe de plus en plus de la tutelle médicale au fur et à nesure qu'elle devient de plus en plus autonone.

On doit noter par la suite une anorce de rechute qu'elle prévient de sa propre initiative. Elle a toujours travaillé régulièrement. La situation familiale originellement très conflictuelle a été progressivement dédramatisée et le tonus mental recouvré par cette malade lui a pernis d'anortir les rechutes. L'expérience norbide s'est soldée par un bénéfice appréciable sur le plan de l'aptitude réactionnelle aux évènements.

Obs.n°7 - Melle. B..., 28 ans.

Cette malade est entrée pour un syndrone schizophrénique avec automatisne, fugues et impulsions suicidaires.

Née d'un père éthylique et d'une nère présentant des accès délirants, elle a par ailleurs une soeur encéphalopathe, supportant ainsi le poids d'une lourde hérédité. Elle vit dans un taudis où elle est en conflit continuel avec sa nère.

Elle fait au début de sa naladie des projets grandioses : déclare vouloir partir conne infirnière militaire aux Indes, investie d'une nission pour la nation.

Le contact reste défiant, le traitement nal accepté d'autant qu'elle s'irrite du véto médical nis à ses projets d'engagement.

A sa sortie, on lui procure un emploi de vendeuse dans un nagasin d'alimentation après un séjour écourté en naison de convalescence. Elle écrit au médecin des lettres dans lesquelles elle rend compte avec beaucoup d'autorité des démarches qu'elle a eues à faire ainsi que du cours de ses activités sociales. Elle travaille actuellement conne infirnière dans une clinique suisse occupant ses loisirs à faire des randonnées en ainable compagnie.

Analyse

Chez cette malade, le problène najeur était d'assuner son lourd patrinoine héréditaire. Il faut signaler le rôle d'un reclassement professionnel adéquat qui s'est substitué à des projets d'évasion élaborés par une pensée déréistique. Elle a abandonné, d'autre part, sa littérature d'auto-défense initiatique (elle lisait en effet force ouvrages de psychiatrie et de psychologie).

Obs.n°8 - Melle.G...

Il s'agit d'une malade présentant un syndrome schizophrénique qui a fait 4 séjours en l'espace de 5 ans.

A l'examen d'entrée, elle se présente coléreuse, impulsive, d'humeur très labile avec par ailleurs du maniérisme, de l'indifférence, de l'autisme.

Elle exerçait la profession de professeur de piano et au début de sa maladie avait déjà perdu beaucoup d'élèves ; cependant elle n'en continuait pas moins à exercer régulièrement, son comportement "anormal" se manifestant surtout en famille.

Après une cure de Sakel, on note une disparition de l'impulsivité et de l'agressivité. Elle reste toutefois réticente. A sa sortie, elle reste longtemps sans trouver d'emploi, au sein de sa famille, situation qui ne tarde pas à déterminer une amorce de rechute . Elle part alors en convalescence et revient très détendue. Il faut noter ici le rôle très défavorable du maintien sans occupation dans un milieu familial la plupart du temps circonspect, quand ce n'est pas hostile ou pêchant par excès de sollicitude. Chez cette malade, le "pH" familial était nettement trop acide et les pugilats étaient nombreux.

Elle avait par ailleurs été très traumatisée par la découverte des infidélités de son père et plus récemment de ses invités auxquelles elle s'était refusée .

Remarques

Le tournant a été ici l'acceptation d'aller en maison de repos pour se soustraire à la tension familiale. Son envoi en maison de repos trois été successifs a été une manière heureuse :

- la première fois de traiter une légère rechute officieusement,
- la seconde fois d'éviter une rechute qui s'amorçait,
- la troisième fois de consolider la guérison.

- l'acceptation d'une reconversion vers un emploi plus adapté à son cas,
- la prise de conscience de ses limites et aptitudes véritables ainsi qu'une saine appréciation de ses possibilités d'insertion traduisant une meilleure "Insight", la possibilité d'actualiser ses disponibilités sur un mode paragmatique.
- Notons par ailleurs le décès du père, véritable épine irritative, et qui a eu pour conséquence de détendre les rapports entre la mère et la fille.

Obs.n° 9 - Mme. C...

Malade de 64 ans entrée pour un syndrome délirant interprétatif et hallucinatoire d'allure paranoïde, altération importante de la personnalité, incohérence et bizarreries du comportement, schizophasie et schizographie.

La problématique interne était chez cette malade projetée dans des thèmes politiques.

Elle avait, peu avant son admission, quitté le domicile familial après avoir proprement mis sa fille à la porte.

Dans le service elle se signalait par des attitudes en faction d'aspect extatique. Elle se déplaçait en faisant des arabesques compliquées, s'exprimait dans un langage au symbolisme ésotérique.

Traitée avec succès par une cure de Sakel, elle ne sortit d'un nouvel état cette fois-ci asthénique et apragmantique qu'au prix d'invigorations ergothérapiques d'un niveau croîssant.

A sa sortie, elle a acquis une indépendance dans un milieu privilégié certes, mais constituant pour elle un "milieu nutritif" favorable. Elle a réinvesti une nouvelle personnalité en même temps qu'elle faisait le procès de la personnalité morbide.

Mais il a fallu chez elle remonter tout le passif de 9 ans de psychose ; elle a vécu avec une angoisse intense l'abrasion traumatisante de son univers psychotique.

Obs.n°10 - Mme. R...

Cette malade de 55 ans présentait à son entrée un syndrome maniaque lié à des troubles ménopausiques avec, de surcroît, un facteur artériopathique.

Présentation maniaque typique, travestis, projets grandioses de voyages et de mariage, onioманie se traduisant par des achats inconsidérés. Elle présente par ailleurs des colères dangereuses. Elle avait ainsi sous la menace extorqué de ses locataires des loyers abusifs. La nuit elle hurlait et chantait, mettant le poste de T.S.F. à tue-tête.

Elle est hospitalisée ainsi, de façon rapprochée, trois fois de suite. Sortie d'essai de trois mois. Elle revient en consultation un mois après ; son entourage se plaint qu'elle reste inactive toute la journée, n'ayant même pas le courage de faire sa toilette et ne sortant pas de chez elle. Elle est d'autre part obsédée par l'idée de recevoir des factures à payer.

Deuxième consultation un mois plus tard : elle recommence à faire des achats inconsidérés (antiquités, voitures) que son entourage est obligé de faire annuler. Nouvelle sortie qui se maintient actuellement. Chez cette malade le processus de l'amélioration peut être nettement saisi :

- diminution de la munificence maniaque,
- assouplissement du comportement,
- défervescence du vécu maniaque peu à peu relégué à l'arrière plan comme au lendemain d'une fiesta échevelée.

Il semble aussi qu'à la faveur de ces accès et de leurs déconvenues consécutives, elle ait mieux réalisé la reconversion imposée par son âge post-ménopausique.

Obs.n°11 - Mme. A...

Admise pour manifestations hallucinatoires auditives et cénesthésiques variées, type psychose hallucinatoire chronique.

Les phénomènes hallucinatoires entraînent des réactions violentes. Cette malade a une conscience assez vive de ses troubles et accepte bien son internement.

Sortie un an après - Chez elle, la guérison s'accompagne d'une certaine nostalgie du phénomène pathologique vécu comme une fiction agréable d'où une position ambivalente vis-à-vis de l'évolution de sa maladie et une certaine ambigüité de ses rapports ultérieurs avec le médecin qui l'avait spoliée d'un domaine de conscience à l'élaboration duquel elle avait intensément participé. Elle est maintenant affranchie de cette nostalgie de la période morbide. On a assisté à la disparition de son ambivalence en face de l'état de maladie.

Elle a pu à nouveau jouer son rôle de mère vis-à-vis de sa fille prise alors en charge par une tante.

Obs.n° 12 - Melle. P...

Cette malade de 49 ans a fait quatre séjours : deux en auto-placement volontaire, deux en placement d'office pour des accès maniaques.

Elle est admise la première fois sur réquisitoire du commissaire de police à la suite de scandales de palier. Elle vit chez une amie qui ne peut plus la supporter. Elle se présente en proie à des révélations d'ordre politique : "C'est la guerre, tout le monde est armé. Il faut prier".

Les occupations au cours de ses sorties sont rendues de plus en plus difficiles ne pouvant être qu'épisodiques ou occasionnelles en raison de la fréquence des rechutes qui interdit toute activité rémunératrice stable. Cependant elle a fini par s'instaurer une certaine sagesse qui lui a fait éviter les facteurs qu'elle sait être traumatisants pour elle. Elle est revenue dernièrement pour mettre au point une nouvelle cure car elle sent que "ça va moins bien".

Obs.n° 13 - Mme. P...

Psychose maniaco-dépressive à prévalence maniaque. Elle n'a pas fait moins de 35 séjours ! Nous relatons cette observation parce qu'elle illustre de façon aiguë le problème de la guérison dans les maladies périodiques où la répétition des accès ponctue toute l'existence du malade qui semble voué ainsi à la maladie.

Chez cette malade les accès sont de courte durée.

On a observé chez elle une interruption du cycle, les intervalles libres passant de 4-5 mois à 4-5 ans, interruption dans la genèse de laquelle la post-cure a joué un rôle très important. On a même pu constater l'ébauche d'une resocialisation en même temps qu'une circonscription du flux délirant. La dernière rechute a été insignifiante en comparaison de jadis.

Il n'est évidemment pas question de se targuer ici d'un résultat thérapeutique définitif mais de montrer que concurremment sans doute, avec le rythme propre de la maladie, il n'est pas rare de constater des résultats inattendus au terme d'une évolution émaillée d'épisodes pathologiques.

Obs.nº 14 - Melle. B...

Syndrome schizophrénique.

Le début des troubles a été aigu dans un couvent où elle était entrée dans l'intention de se faire religieuse : elle se dénudait et urinait dans la chapelle.

Elle fut traitée dans divers établissements où elle fut traitée par sismothérapie et comas insuliniques. Elle reprit à sa sortie son ancien travail à la banque de France. Rechute avec séjour dans une clinique à Nogent-sur-Marne, nouvelle série d'E-C, reprise du travail, puis rechute avec second séjour en clinique avec comas insuliniques.

Après une convalescence à Compiègne, elle fit en 1953 un troisième séjour en clinique avec des séances d'électro-narcose.

Au cours de vacances en Provence après sa sortie, elle fut violée dit-elle par un jeune homme à Avignon. Nouveau séjour en clinique, mais cette fois "pour y retrouver un jeune médecin". Une autre fois on l'aurait retrouvée nue dans la forêt de Saint-Germain-en-Laye. Elle aurait fait alors un nouveau séjour en clinique et une nouvelle cure de Sakel.

Elle se présente dans un état schizophrénique avec préoccupations érotiques et mystiques, idéation floue, bizarreries, opposition et discordance. Elle écrit des lettres à son ancien curé de paroisse, lettres extrêmement érotiques et mystiques (transposition littéraire du conflit éthico-sexuel dont les données sont juxtaposées sans avoir été résolues). Elle reçoit alors un traitement neuroleptique qui réduit le syndrome délirant tout en laissant persister une opposition parfois désagréable avec agressivité et récriminations incessantes.

Sortie débarrassée de son syndrome délirant, elle se place comme portière dans une institution religieuse, suivant régulièrement son traitement. Malheureusement au cours d'un pélerinage à Lourdes, elle se déclare guérie et décide de s'affranchir de toute thérapeutique. Elle rechute peu après et va trouver le médecin à son cabinet où elle se livre à des démonstrations érotiques effrénées.

Hospitalisée, elle se croit enceinte du thermomètre : union de laquelle devait naître un être monstrueux, mais doué d'un pouvoir surnaturel.

...Depuis, cette malade est sortie et revient régulièrement en consultation. Elle est employée dans un pensionnat où elle aide à la cuisine et fait quelques surveillances. Le déséquilibre schizophrénique de la personnalité s'est stabilisé, pour finalement s'estomper. Elle a amorcé depuis, une tendance à la rechute qu'elle a prévenue en augmentant d'elle-même sa posologie.

Chez cette malade qui conserve des dispositions mystiques, on ne peut parler que d'une amélioration, d'une consolidation. Le résultat n'en reste pas moins spectaculaire et a permis une solution de resocialisation. Il y a là indiscutablement un mode de guérison des psychoses. Il s'est produit une prise de conscience de la curabilité et une connaissance plus objective des contours de la personnalité. La fixation morbide au thérapeute s'est atténuée pour devenir très discrète; il n'y a jamais eu de gratifications du genre cadeau, carte postale, etc... simplement une lettre aimable, mais utilitaire et spériodique.

Obs. n°15 - Melle. D...

Malade entrée pour un état délirant à thème d'influence à mécanisme à la fois hallucinatoire et interprétatif bien structuré. L'alerte est venue des voisins auxquels elle tenait des propos rocambolesques : "elle se sentait épiée, les glaces étaient "à double rétroviseur", de sorte qu'on voyait tout ce qui se passait chez elle. Elle avait démonté un poste de T.S.F. de ses voisins aux fins de vérification.

A son entrée, elle raconte : "qu'elle travaille dans la couture pour tout le "haut-Lyon" mais que maintenant on la fruste de ces créations. On porte ainsi au Brésil un de ses modèles qui fait fureur : elle est épiée par les policiers du Reich.

"On veut d'autre part lui faire faire le tapin, les femmes des maisons closes de la rue Victor-Hugo se sont transformées en Soeurs ; elle a très bien connu la vie honteuse du "milieu bien-pensant et austère de la "place des Angoisses". En gros, elle est la victime d'un monstrueux complot de la "Maf" - Sortie - Un an après : "on télévise ses actes. Elle refuse de payer son loyer, le gaz et l'électricité. Il y a des gaz asphyxiants dans les W-C, de la drogue dans l'eau, etc...

Cette malade est sortie depuis. On a vu chez elle l'anxiété diminuer progressivement, le dialogue devenir plus amical. Il s'effectue une modification pragmatique du délire qui, privé de son climat affectif d'éclosion, finit par se vider peu à peu de son contenu originel.

La dernière rechute avait pu être jugulée de façon ambulatoire d'une manière un peu coercitive par le chantage de l'internement imminent. Tout est rentré dans l'ordre et depuis, les relations avec la malade se sont améliorées, des dialogues amicaux trimestriels se font sur un thème neutre, la Savoie dont elle est originaire.

o

o o

CHAPITRE II

LA GUERISON MENTALE VUE DANS LA PERSPECTIVE ANALYTIQUE

Ce chapître qui peut paraître un peu artificiellement détaché du reste de l'exposé, nous a été inspiré non pas par des préférences doctrinales, mais :

- d'une part, par l'abondance des études qu'a suscité l'appréciation de la guérison clinique dans la littérature analytique ,
- d'autre part, par l'acuité toute particulière que revêt ce problème dans cette technique psychothérapique.

Il va de soi que nous sommes tenus à exposer ici le problème de façon surtout documentaire, aussi fidèlement que possible, tel qu'il a été envisagé par les psychanalystes eux-mêmes, nous bornant de faire une étude critique des différents critères avancés.

La perspective analytique nous permet d'aborder la maladie mentale davantage en tant que maladie de la personnalité, notamment en ce qui concerne les troubles névrotiques, complétant ainsi le point de vue que nous avons envisagé au cours du chapître précédent. Elle nous permet ainsi d'avoir une vision assez précise des modifications structurales et fonctionnelles qui conditionnent les troubles mentaux.

On lui a reproché son caractère d'énergétisme (POLITZER) ou encore sa structure conceptuelle trop proche de la physiologie (FOUCAUT). On lui doit l'introduction de certains concepts fondamentaux pour la compréhension de la pathologie mentale ; il semble par ailleurs que la psychanalyse moderne ait sensiblement débordé les cadres de déterminismes humains trop inexorables.

Corrélativement, l'expérience analytique bénéficie d'une situation privilégiée dans ses conditions même d'exercice par l'étude d'un sujet qui reste aux prises avec toutes les difficultés de sa lutte vitale dont les péripéties sont autant de voies d'abord, contrairement à la psychiatrie hospitalière qui doit tenir compte du sursis imposé aux déterminations sociales d'un sujet "mis entre parenthèses" par l'hospitalisation.

D'autre part, la durée du contact thérapeutique permet la mise en relief d'une multitude de traits de la personnalité.

On comprend, par l'ajustement minutieux qu'elle nécessite de la part du thérapeute, que le problème de la critériologie se soit posé avec une acuité particulière.

- LA CRITERIOLOGIE PSYCHANALYTIQUE

Depuis une bonne vingtaine d'années, les psychanalystes soulignent la nécessité d'harmoniser leur nomenclature et proposent des tables de critères pouvant servir de cadres généraux de référence :

- d'un point de vue quantitatif pour pouvoir comptabiliser leurs résultats et se faire une idée plus exacte du coefficient de succès de la méthode analytique dans les différentes catégories de malades,
- d'un point de vue qualitatif pour pouvoir juger de la qualité des résultats obtenus et s'entendre sur leur signification.

KNIGHT insiste sur le caractère non standardisé des critères avancés en même temps qu'il critique le refus plus ou moins avoué des psychanalystes à déposer leur bilan, ce qui lui parait nuire à l'accession de la psychanalyse à la qualité d'une technique thérapeutique médicale.

GLOVER écrit de son côté :

" Nous ne pourrons mieux parvenir à des résultats, que nous réussirons davantage à éliminer de nos délibérations l'influence d'une mystique défensive ésotérique et jusqu'à présent inachevée, d'autant plus que nous ajouterons des critères cliniques aux critères théoriques".

La question des critères est également éludée en psychanalyse pour les mêmes raisons que nous avons trouvées en clinique hospitalière.

- Ils se voient reprocher leur imprécision, leur généralité et leur caractère théorique idéal,
- ou au contraire, par suite d'un perfectionnisme thérapeutique très répandu, considérés comme trop sommaires pour avoir une valeur quelconque.

Mais comme le fait remarquer encore GLOVER : l'absence de renseignements vérifiables en matière de traitement est la porte ouverte à toutes les mystiques.

"Cette absence de correction en ce qui concerne les facteurs variables ne fait que rendre plus pressant le problème des critères et qu'ajouter en particulier à la nécessité d'établir des standards méthodologiques permanents. En effet, il est clair que s'il nous faut joindre un certain nombre de variables méthodologiques à la masse des variables cliniques, nous ne pouvons attacher aucune signification scientifique aux impressions ou aux suppositions générales concernant quelque forme que ce soit de psychothérapie".

Cette remarque souligne bien l'angoisse fondamentale de toute psychothérapie prise entre la tentation du refus de se plier à un cadre plan trop rigide, et la nécessité d'établir des points de repère répondant aux exigences de la communicabilité et de l'épistémologie, pour ne pas tomber dans un subjectivisme qui n'est clair que dans l'esprit de celui qui l'emploie.

C'est ainsi que différentes tables de référence ont été proposées :

I – Le Congrès International de Marienbad, en 1936, qui groupait notamment: GLOVER, FENICHEL, STRACHEY et NUNBERG fixe comme suit les critères nécessaires :

1°) Disparition des symptômes présents

Ce critère qui paraît à première vue évident, semble à beaucoup d'auteurs trop ambitieux dans de nombreux cas, Nous avons vu que la clinique nous avait accoutumés à certains ménagements en tolérant une symptômatologie séquellaire, à condition qu'elle ne constitue pas un écueil à la resocialisation.

2°) Amélioration réelle du fonctionnement mental

C'est ici un mérite de la psychanalyse d'avoir insisté sur la notion de rendement et de son amélioration par une redistribution énergétique judicieuse selon l'échelle de valeurs la plus communément admise et par la disponibilité recouvrée de l'énergie dilapidée dans des tensions parasites.

3°) L'acquisition d'une vision "Insight" intellectuelle et émotionnelle des sources de conflit de l'enfance

C'est le vieux précepte socratique du "Γνωθι σεαυτον" préliminaire indispensable à la guérison, mais qui suppose un sujet ayant atteint un niveau

de différenciation suffisant pour faire sans dommages les frais d'acquisition de cette vision.

A ce critère se rattache :

- le développement d'une capacité à accepter sa propre objectivité avec une saine appréciation des éléments de force et de faiblesse,
- le développement d'une tolérance sans anxiété des pulsions instinctives : c'est l'équilibre vis-à-vis du Ça .

4°) Les deux autres critères soulignent l'importance de la maîtrise instinctive et émotionnelle et de la disponibilité du sujet au delà de ses motivations immédiates :
- accession à une liberté relative vis-à-vis des tensions névrogènes,
- renonciation aux ressources d'énergie agressive exigée par l'assurance de sa propre sécurité, la réalisation de ses aspirations et la protection de ses droits.

5°) Adaptation accrue à la réalité.

C'est la satisfaction du Principe de Réalité de FREUD ou la Fonction du Réel de P.JANET :

° des relations interpersonnelles plus consistantes et plus loyales avec des objets bien choisis (critère du choix objectal).

° le libre fonctionnement des aptitudes dans le travail productif.

C'est le critère de la rentabilité, qu'on prenne ce terme dans sa résonnance énergétique ou économique. Ce critère, qui peut sembler à certains relever d'un utilitarisme bassement matérialiste, est en définitive celui qui authentifie l'individu et qui lui donne, quelque soit le système idéologique dans lequel on l'envisage, la signification que seule peut lui donner la réalité sociale.

6°) Une sublimation accrue dans les récréations et les délassements

Ce critère souligne une juste répartition des investissements déjà établie par la psychologie académique dans sa notion de Tendances.

7°) Le plein accomplissement de la vie sexuelle

Critère assez ambigü sur lequel l'école analytique a été la première à insister. Il tire son intérêt de ce qu'il témoigne d'une bonne résolution des conflits en même temps qu'une assimilation convenable des exigences sociales.

II - TABLE DE KNIGHT

KNIGHT propose les critères suivants :

1°) Rémission des symptômes

2°) Productivité accrue - augmentation de son énergie personnelle et de sa combativité dans le travail -

3°) C'est d'un investissement approprié de l'agressivité que découlera l'adaptation ultérieure.

4°) Relations interpersonnelles améliorées, moins ambivalentes et plus consistantes et loyales .

Ce critère formulé de façon assez vague, établit la nécessité d'un indice de sociabilité suffisant sans lequel aucune solution de resocialisation ne peut être envisagée.

5°) Acquisition d'une introspection suffisante pour dominer les conflits, à l'épreuve des conflits ordinaires.

Critère postulant que toute guérison digne de ce nom ne doit pas être à la merci des traumas intercurrents. Il définit le potentiel de réactivité de l'individu.

III - TABLE ETABLIE PAR LAGACHE AU CONGRES DE LILLE

Les critères suivants furent avancés :

1°) Augmentation de la résistance aux tensions et diminutions du recours aux défenses régressives.

Ce critère introduit le concept fondamental de la régression à la base de la théorie psychanalytique des maladies mentales. Elle signifie une vulnérabilité excessive aux traumas de l'existence et la complaisance dans des mécanismes rétrogrades par rapport au développement du moi. Une des critiques les plus pertinentes à cette théorie est que la maladie mentale se trouve inclue dans les étapes du développement de la personnalité. On fait de la pathologie mentale une véritable archéologie du moi (FOUCAUT).

Si elle ne peut s'appliquer à tous les cas, elle a permis d'interpréter des manifestations sans cela incompréhensibles.

2°) Diminution des inhibitions et augmentation des possibilités de réalisation.
C'est en d'autres termes la possibilité d'actualiser ses potentialités.

3°) Dégagement vis-à-vis de la compulsion de répétition

Elle suppose une analyse réflexive sur des modes de conduite de caractère automatique auxquels l'individu a tendance à obtempérer inconsciemment. On peut ici concilier ce point de vue avec celui de JANET lorsqu'il parle des état de basse tension psychologique, car il est évident que c'est l'épargne psychologique qui incite l'individu à déléguer des conduites entières à l'automaticité.

4°) Réduction des aspirations déréelles

Elles traduisent en effet à la fois une mauvaise connaissance des possibilités du moi et un refus de confronter sa pensée aux données de l'expérience actuelle, une fuite hors du réel, hors du présent qui sollicite de façon imminente l'individu à des dépenses dont il ne veut pas faire les frais.

5°) Amélioration des relations interpersonnelles

6°) Abandon des conduites antisociales ou exagérément conformistes lesquelles, comme DUYCKAERTS l'a fort bien montré (La Notion de normal en psychologie clinique) sont toutes deux également immatures :
° La première conduisant l'individu à verser dans la délinquance,
° la deuxième, à se stériliser dans le grégarisme.

IV - TABLE DE DE SAUSSURE

Plus récemment De SAUSSURE considère les critères suivants :

1°) Adapter de façon aussi adéquate que possible nos besoins intérieurs à la réalité extérieur = Principe de réalité, concordance des aspirations et des capacités d'où dépend en définitive l'accomodation sociale.

2°) Avoir une connaissance toujours plus parfaite de soi-même pour connaître ses besoins et ses possibilités.
(Nous avons déjà examiné ce précepte socratique, c'est aussi l'"Insight" des auteurs anglais).

3°) Tendre à ce que tout acte corresponde à un choix librement consenti par toute notre personnalité.

Ce critère qui postule l'autonomie est beaucoup trop idéal. Il veut caractériser l'expansion, le champ social de l'individu.

4°) Principe de non-refoulement

Il trouve son écho dans le précepte :"Deviens celui que tu est" C'est, si l'on veut, le critère d'épanouissement de la personnalité qui ne doit pas être mutilée dans ses aspirations. Les inhibitions conduisent à un rétrécissement de l'univers psychologique du sujet, d'où un manque d'adaptation. Il postule parallèlement l'épanouissement accordé à un choix de tendances sélectionnées en fonction de leur degré d'opportunité, de leur qualité à assurer la meilleure intégration.

5°) Principe d'harmonisation qui est un critère d'équilibre de la personnalité.

6°) Capacité de déployer soi-même l'initiative nécessaire pour transformer le monde extérieur social ou physique de façon à le rendre plus apte à la satisfaction de nos besoins.

Principe d'indépendance et d'invention.

7°) Critère qui constitue une restriction au précédent :

Si la réalité extérieure ne peut être transformée tout au moins immédiatement; savoir organiser le monde intérieur de façon à éviter toute obsession.

Principe d'accomodation, c'est-à-dire la faculté d'amortissement des difficultés. Il existe chez l'individu sain une capacité de régler le degré de répercussion des évènements en particulier de ceux qui manifestent un échec des prévisions antérieurement élaborées et sollicitent la mise en jeu rapide de nouvelles solutions.

Cette capacité peut se décomposer à l'analyse en :

- un pouvoir de neutralisation qui permet à l'individu de recevoir les données de l'expérience, sans leur contexte affectif, d'utiliser leur valeur informative en éliminant leur caractère désorganisateur.

- une créativité propre qui aboutit à la mise en place rapide de nouvelles attitudes face aux changements des données.

Cette souplesse mentale exige la levée des investissements parasites dans des complexes affectifs.

8°) Tendre à ce que notre comportement devienne de plus en plus objectif, c'est-à-dire que nous ayons une appréciation toujours plus exacte de la réalité extérieure (des hommes et des choses du Monde et d'Autrui) et de nous-mêmes.

Ce principe implique que nous nous comportions vis-à-vis d'autrui en fonction de sa valeur propre et non pas en fonction de l'état affectif que peut susciter en nous la conduite d'autrui.

Considérant le caractère trop idéal de ces objectifs thérapeutiques , De SAUSSURE ajoute : "Mais beaucoup d'individus ne sont pas à même de faire les frais d'une psychosynthèse, Pour cela il faudra limiter l'objectif à l'acquisition de fragments de conduite plus socialement valables et assimilables par l'individu.

Au total :

Les critères proposés par les différents auteurs ont le défaut de rester théoriques et de caractère idéal ; d'autre part ils ne sont pas exempts d'une certaine éthique pragmatique dont tous les sujets ne peuvent s'accomoder. Cependant ils constituent des repères et des lignes de visée dont l'intérêt pour la thérapeutique reste évident. Ils permettent de juger de la qualité approximative d'un résultat thérapeutique. Ils ont enfin le mérite de mesurer aussi bien l'équilibre dynamique de l'individu avec ses virtualités, son devenir, que l'impact social de l'individu et peuvent ainsi compléter l'évaluation proprement clinique. Il reste alors à l'expérience sociale de sortie de valider ces appréciations et d'apporter au problème de la guérison le complément indispensable à sa définition.

Tout dernièrement, NACHT a apporté des correctifs importants aux visées psychanalytiques : "La thérapeutique psychanalytique se préoccupe moins actuellement de faire disparaître les manifestations apparentes de la maladie psychique, c'est-à-dire les symptômes, que de redresser et de reconstruire la personnalité du sujet."

La personnalité issue du traitement psychanalytique n'a plus besoin en effet de recourir aux symptômes névrotiques pour s'accorder des satisfactions substitutives inconscientes ou se défendre contre certaines peurs fantasmiques".

et plus loin : ..... ce mode de déconditionnement des conduites anciennes et de rééducation émotionnelle, constitue le processus de base de la thérapeutique psychanalytique. Est sain l'homme qui est d'accord avec lui-même et qui accepte le monde et les autres tels qu'ils sont.

Pour la psychanalyse moderne, l'essentiel de la maladie mentale réside dans la perturbation des relations inter-humaines.

La guérison consiste dans la transformation des mécanismes de défense en mécanismes d'adaptation.

o

o o

C H A P I T R E I I I

LA GUERISON DANS LA PERSPECTIVE PSYCHO-SOCIALE

I - Importance d'une définition sociale de la guérison

Nous nous sommes attachés dans les précédents chapîtres à appréhender le processus de guérison au travers de l'évolution de la psychologie individuelle du malade et nous l'avons laissé au seuil de sa destinée sociale, encore que l'optique analytique nous ait déjà amené à rechercher certaines potentialités chez le sujet candidat à la réhabilitation sociale.

C'est en définitive l'épreuve de la vie sociale dans son aspect le plus quotidien qu'il revient d'entériner en quelque sorte une guérison cliniquement sanctionnée par la décision de sortie.

L'aliéné, au sens propre du terme, ne l'est pas par rapport à l'autrui ou à "l'homme moyen". Il l'est par rapport à la vie. Il y a eu, au sujet du normal et du pathologique, du prototype social, toute une dialectique dont la pratique psychiatrique n'a guère de bénéfices à attendre.

Il n'est plus question par ailleurs dans la vocation actuelle de la sociologie de souscrire encore à la dichotomie désuète : individu-société. C'est dans l'action que l'individu trouve ses dimensions et il n'y a pas d'action sans interrelations humaines. C'est dans la conquête de son orbite social, dans l'aménagement de son monde relationnel et dans la solution individuelle qu'il trouve au conflit vital que l'individu trouve sa définition.

On ne saurait l'exprimer mieux que MINKOVSKI lorsqu'il écrit : "Entraînés par l'action dans laquelle nous trouvons une issue naturelle vers la réalité ambiante, nous n'avons guère le temps ni le loisir de lui ajouter dans son déroulement habituel une affirmation consciente du Moi."

Ainsi défini, le point de vue de la psychologie sociale apparaît un point de vue privilégié dans l'estimation de la guérison mentale. Ce sont les facteurs sociaux qui évaluent et graduent la qualité d'une guérison clinique.

Le malade "guéri", c'est-à-dire présumé tel, ne devient un malade guéri, sans guillemets que lorsqu'il a été restitué dans les différents statuts, c'est-à-dire de la situation qu'il se trouve occuper dans l'organisation familiale, professionnelle et économique et qu'il peut assumer ses rôles, c'est-à-dire les modèles de comportement qui sont légitimement attendus de lui dans l'exercice de ses fonctions.

Pour pouvoir bien apprécier la guérison dans son aspect social, il nous faut maintenant envisager les différentes données du problème de la réintégration sociale tout au long du trajet que représente pour le malade la réhabilitation sociale.

II - Les données du problème psycho-social de la guérison mentale

A) La guérison au niveau de la psychologie individuelle

La mesure d'éviction sociale dont le malade mental a fait l'objet, qu'elle ait pris la forme de l'ukase de l'internement d'office ou la forme d'une contrainte indirecte ayant poussé l'individu à solliciter de sa propre initiative l'assistance médicale sous l'effet du tonus mental et des qualités psychiques dont elle lui fait une nécessité impérative, assigne à l'individu un statut dévalué.

Il se trouve en effet assujetti, une fois son éviction consacrée par un diagnostic psychiatrique, à une condition tributaire au sein d'un nouveau système de valeurs centré sur le bipôle santé-maladie.

Reconnu impuissant et ignorant, il se trouve relevé de ses charges et responsabilités sociales et a le droit à l'aide d'autrui, mais son état étant jugé socialement indésirable, il se voit dans l'obligation de désirer guérir et d'accorder sa coopération à ceux qui l'assistent (PARSONS). Il va désormais évoluer dans un monde dont les coordonnées temporo-spatiales sont profondément différentes de celles auxquelles il était accoutumé à se référer. La forme temporelle est remaniée :

- dans le sens d'une dilution du fait du sursis imposé aux échéances de la vie sociale,
- d'un ralentissement de l'activité qui est en déphasage avec celle du monde extérieur,
- d'une ponctuation végétative marquée par le rythme alimentaire et médicamenteux figé dans son invariabilité.

Reclus dans l'espace hospitalier et confiné dans une vie communautaire où son diagnostic psychiatrique est devenu son matricule et où les relations interhumaines sont polarisées sur une forme de son être, celle-là même qui l'a dénoncé comme inapte à la vie sociale. Il se trouve voué à une hibernation intellectuelle, à une métamorphose régressive du champ de la conscience et subit la dégénérescence hospitalière inhérente à la condition même d'hospitalisé.

La régression est le fait de l'amputation de certains de ses attributs sociaux, du maternage hospitalier, de la privation des stimulis qui maintiennent le tonus mental à son niveau. L'amortissement considérable des actualités constituent un élément important, car ce sont elles qui, en temps normal, sollicitent inconsciemment de l'être un ajustement permanent à l'Ici et au maintenant.

D'autre part, l'éthique de la santé, qui ne manque pas de s'infiltrer dans l'atmosphère du service, introduit chez le sujet un sentiment de culpabilité qui pourrait à lui seul l'inciter à justifier de son certificat d'entrée par une conduite d'inertie ou une symptômatologie appropriée.

C'est de ce milieu particulier où il est mis entre parenthèses que le malade doit regagner son orbite social ; la guérison sociale apparaît ainsi inévitablement comme une promotion, une émancipation, faisant passer le malade d'un statut de mineur à celui d'adulte.

Pour réaliser ce dessein, il lui faut résilier tout le passif de l'hospitalisation, passif qui, en raison de tous les facteurs que nous avons mentionnés, devient de plus en plus lourd au fur et à mesure que s'accroît la durée d'hospitalisation et qu'augmente le nombre des rechutes. La durée d'hospitalisation accentue l'incongruence du malade à la vie extérieure, d'autant qu'elle facilite la rupture souvent définitive de ses amarres sociales, familiales et professionnelles.

On arrive ainsi à la notion d'un temps de rupture au terme duquel un malade sortant ne peut plus trouver de solutions socialement viables.

Le nombre des séjours a un effet particulièrement néfaste en ce sens qu'il accrédite chez le malade et son entourage l'idée d'incurabilité et lui confère le statut de malade ambulant ou "en permission".

Objectifs sociaux de la guérison

Idéalement elle aurait pour but de restituer le sujet sur une orbite sociale en conformité avec les possibilités qui sont les siennes au sortir de son expérience morbide, en neutralisant ou en éliminant les facteurs de milieu qui paraissent directement imputables dans la genèse de la maladie.

En fait on est amené à envisager des solutions de resocialisation tenant compte de ce qu'on pourrait appeler : "la personnalité de sortie"; celle-ci n'étant pas forcément en continuité avec la personnalité antérieure comme l'a montré LAGACHE, mais pouvant constituer une mutation.

D'un autre point de vue elle constitue un réapprentissage de la coexistence et des modes de contact adultes avec les structures sociales.

B) La Guérison psychique vue sous l'angle de la sociologie

1°) Le contentieux malade mental - structure sociales

Dans son ouvrage "Maladie mentale et Personnalité" FOUCAUT écrit que "la société s'exprime dans les formes morbides qu'elle désavoue". Cette formule renferme toute l'ambiguité fondamentale qui régit les rapports entre le malade et les instances sociales.

° Le premier aspect sous lequel se présente le malade est celui de déviant dans lequel on le définit comme une infraction en regard d'un idéal normatif élaboré par le groupe. Le groupe récuse la paternité de ce déviant qui le met en cause.

° Il peut être considéré comme une scorie résultant du catabolisme propre à toute société en fonctionnement, donc à éliminer, ou d'une malfaçon dont l'existence menace le bon régime du groupe.

° Mais le malade mental est aussi un scandale moral qui offense l'éthique du groupe et un scandale logique qui viole l'idéal rationnel d'une société (GURDORF). Cet aspect blasphématoire de la folie entre pour une part importante dans les réactions de l'opinion publique et les préjugés à l'égard de la maladie mentale.

2°) Les réactions sociales au fait psychiatrique

Devant le singulier de la maladie mentale, les structures sociales réagissent de différentes manières :

- la première réaction qui est un réflexe primaire et immédiat est la répression, conséquence d'un phénomène social bien connu sous le nom d'hétérophobie qui fait qu'un groupe hait automatiquement un groupe minoritaire dontles habitudes et les réactions sont différentes des siennes.
  Cette réaction, qui entre pour une teneur importante dans les luttes de classes, trouve sa rationalisation dans le racisme. C'est elle qui s'est donnée libre cours aux premiers âges de la psychiatrie dans la cruauté des "thérapeutiques" appliquées.
- Un autre mode de réaction est constitué par la neutralisation qui vise à maintenir les déviants dans l'innocuité en les dépouillant de leurs attributs sociaux les plus dangereux.
- Enfin une troisième attitude se définit dans le sanitarisme qui permet aux instances sociales d'exercer sur l'individu les corrections qu'elles désirent par le biais d'une intervention médicale.

3°) Seuils de tolérance des groupes

La récupération du malade par les groupes sociaux est fonction des divers seuils de tolérance en vigueur dans chacun de ces groupes. Cette notion de seuil de tolérance est fondamentale car elle conditionne de façon souvent décisive le pronostic d'adaptation.

Ces seuils sont définis par la marge d'infractions et d'écarts au comportement type qu'un groupe social peut accepter sans menace pour son intégrité. C'est dire qu'il est d'autant plus bas que le groupe considéré est plus structuré et différencié, d'autant plus bas également que le groupe en question a un caractère plus fonctionnel. Un groupe fonctionnel étant un groupe dont le but est la raison d'être.

Ceci explique qu'il soit souvent faible dans le milieu professionnel où il dépend des critères d'efficience et de rentabilité imposé par le régime économique en vigueur.

Dans d'autres modes de groupement comme la classe sociale, la corporation, ce seuil est davantage fonction de la réhabilitation sociale, c'est-à-dire de la promotion dans l'opinion. Les limites de réintégrabilité sont ici imposées par les préjugés qui sont des modes de penser confortables et économiques, une véritable direction automatique de la pensée.

Le groupe familial mérite une mention à part en raison de l'intimité des liens affectifs qui introduisent des implications réciproques dans la maladie. On observe dans les groupes familiaux des seuils de tolérance anormalement élevés, le malade étant beaucoup trop révélateur de la pathologie familiale pour qu'on l'abandonne aux investigations psychiatriques. Dans d'autres cas on a l'impression que le malade est véritablement le délégué de la famille en milieu hospitalier, par l'intermédiaire duquel les autres membres pathologiques se soignent de leurs troubles.

Dans d'autre cas au contraire, le malade considéré comme une épine irritative est exclu de façon radicale et ce ne sont pas toujours les cas où la famille fait les frais immédiats du comportement du malade.

La réserve, qui accueille le malade mental à sa sortie, témoigne qu'il existe dans l'opinion une attitude réfractaire fondamentale qui conteste la guérison psychiatrique et par là même l'efficience des thérapeutiques employées dans ce but, parce qu'elle est contraire à des notions séculaires à un archétype profondément enraciné. Le ton des articles de presse, relatant les méfaits des malades mentaux, démontre que la réprobation qu'ils entraînent dépasse de beaucoup celle qui accueillent des méfaits semblables commis par des sujets n'ayant pas d'étiquette psychiatrique, lors de crimes crapuleux par exemple. Un récent jugement du tribunal d'Aix-en-Provence condamnant un psychiatre, qui avait décidé la sortie d'un malade, sortie qui avait été suivie peu après d'un meurtre, à la réparation du dommage sans possibilité de recours à son assurance professionnelle, a montré de façon catégorique que les instances juridiques ont des préjugés bien établis sur les possibilités de guérison.

Nous rapportons ici les attendus significatifs de ce jugement :

...."Qu'il résulte en effet des déclarations qu'il a lui-même faites spontanément devant le Juge d'Instruction... que B... présentait un délire chronique de persécution qui, en raison du "pronostic classiquement désespéré de cette affection le faisait hésiter à l'admettre dans son établissement; ou connaissant cet état et après avoir ajouté que la constatation il n'y avait aucune désignation de persécution précise, ne le rassurait que partiellement, Le Dr.J... a néanmoins rendu le malade qu'il avait pris en charge pendant plusieurs mois, à la vie sociale et familiale, sans prendre aucune précaution pour prémunir son entourage ou les tiers d'une aggravation possible de son état.

"Attendu que eût égard à l'état de la science en ce domaine particulier de la psychiatrie, cette imprudence ou cette négligence révèle une méconnaissance certaine de ses devoirs qu'en tant que spécialiste des maladies mentales, le Dr.J... ne pouvait pas ignorer, en effet, que par son état de psychose hallucinatoire, B... était un aliéné dangereux ; et incurable (l'avis des experts n'est donné qu'ensuite à titre seulement de confirmation) : que telle a été d'ailleurs la conclusion des experts qui ont déclaré dans le rapport fourni au Juge d'Instruction que l'homicide reproché à B... a été l'aboutissement direct et logique et fatal du délire hallucinatoire dont il était atteint.

La lecture de ces attendus suggère différentes remarques :

- tout d'abord ils manifestent une intrusion péremptoire de la juridiction dans les motifs techniques d'une décision et qui plus est en référence à des normes d'évolution infaillibles dans un domaine aussi délicat que l'appréciation psychiatrique,

- ils marquent la primauté du jugement sur le fait qui est inhérent aux décisions juridiques par opposition à l'optique génétique de la médecine,

- ils traduisent un conflit entre une conception médicale trop restrictivement individuelle et une position juridique trop exclusivement systématique dans le sens de la défense sociale.

- On peut en tirer la conclusion qu'un psychiatre ne peut pas davantage impunément éluder les conséquences sociales de sa décision que les instances juridiques,considerer l'hôpital psychiatrique comme un appendice de la prison.

Il ne s'agit pas ici de prendre parti pour l'une ou l'autre des parties en présence, mais de bien analyser les aspects du divorce des deux conceptions médicale et juridique.

4°) Le litige majeur : le problème de l'état dangereux

Si l'on se réfère à la définition de la santé mentale prévue par l'O.M.S. dans la commission préparatoire du 1er Congrès International de la santé mentale: "La Santé Mentale est une condition permettant un développement optimum de l'individu au point de vue physique, intellectuel et affectif, dans la mesure compatible avec la santé mentale des autres".

On remarque que tout l'essentiel du litige, qui oppose le point de vue médical au point de vue juridique, réside dans la restriction terminale, les autorités judiciaires sont en effet par contrat mandataires de la défense sociale. On peut dire que la peur du délit imprévisible se profile derrière toute décision de sortie.

Cette peur en dehors de résidus fantasmiques d'épouvante reste fondée sur le souvenir et le rappel dans l'actualité de faits authentiques que l'opinion fait un grief tout particulier au psychiatre de n'avoir pas su prévenir. Les problèmes de la sortie des malades mentaux peuvent être ici mis en parallèle avec celle des délinquants, avec cette réserve que ceux-ci se voient accorder plus facilement le bénéfice de l'amnistie. On tend à instaurer actuellement dans un but de prévention un contrôle visant à la détection de l'état dangereux considéré alors à la phase non plus post, mais prédélictuelle, autrement dit, à promouvoir en ce domaine une médecine de dépistage pouvant rendre compte des ava - tars futurs des sujets examinés.

Il est bien certain que la psychiatrie pourra tirer profit des tables de prédiction des psychologues actuariels ainsi que d'une analyse factorielle de la réinsertion sociale. La mise en lumière des facteurs dans l'alcoolisme a déjà fait la preuve de sa fécondité. Mais il ne s'agit là que de probabilités, d'approximation dont l'établissement n'est possible qu'à la faveur de contrôles répétés. Ceci nous permet d'aborder le problème de la tutelle médicale.

5°) Le problème de la tutelle médicale

A son actif, elle institue un véritable parrainage du malade à sa sortie, un dirigisme thérapeutique dont le bénéfice médical est indiscutable. Des "follow up studies" appliquées aux malades mentaux pourraient réaliser un véritable "travelling" du malade au cours de sa destinée sociale, le malade restant pour ainsi dire toujours dans "le radar médical". Mais ce parrainage médical, qui est impliqué dans l'idée de secteur, appelle de sérieuses réserves. Le malade ne risque-t-il pas en effet de se voir ainsi définitivement refuser la maturité sociale qu'il sollicite et d'être ainsi plus ou moins disqualifié de sa condition proprement humaine. Le parrainage médical imposerait en effet

à l'individu qui en est l'objet, outre une tutelle médicamenteuse, un mode relationnel et un interlocuteur préférentiel. Les considérations d'hygiène mentale étant, comme l'a souligné SIVADON, indissociables des attitudes éthiques et politiques, on voit le danger considérable d'une psychiatrie ainsi institutionnalisée.

Un moyen terme semble devoir être l'institution pour le malade sortant, d'une véritable période de probation, à l'issue de laquelle serait établi un pronostic social solidement étayé. Il serait alors soit réintégré dans l'assistance médicale, soit laissé à sa destinée sociale en homme libre seul responsable de ses actes , la société ayant de son côté obtenu le légitime droit de regard qu'elle est en droit d'exiger dans la sauvegarde des intérêts de chacun de ses membres.

Au terme de cette étude, il nous paraît opportun de replacer l'aspect social de la maladie dans une juste perspective.

Nous avons vu succinctement les divers aspects que revêt le stade social de la guérison. La vie sociale constitue le domaine d'expression principal de la maladie mentale, laquelle comme le disait récemment HESNARD, est une maladie de la coexistence.

Ce serait cependant dangereusement s'illusionner que de penser pouvoir résumer la maladie dans son expression sociale. Certains auteurs en arrivent ainsi par un renversement de perspective à faire de la maladie mentale l'aboutissant mathématique de déterminismes sociaux immuables . Il ne faut pas oublier que c'est au travers de la conscience individuelle qui les vit que les situations acquièrent leur caractère pathogène, l'essence de la maladie reste dans ce facteur intrinsèque de réaction aux évènements . Il n'y a pas d'équation sociale de la maladie comme de la santé mentale.

Ainsi la guérison mentale, les résultats thérapeutiques se lisent dans le comportement social du malade cliniquement guéri. Ils ne peuvent y trouver leur explication.

Nous avons parlé des aspects sociaux de la guérison, nous refusant à utiliser le terme de critère social de guèrison qui nous paraît relever d'un absolutisme inacceptable. On parle beaucoup de "réadaptation sociale" de

"réinsertion sociale" comme critère d'une guérison psychiatrique. Ce sont là des termes fort vagues d'un syllogisme.

En définitive, cette "adaptation sociale" est un préjugé normatif éminemment variable dans l'esprit de chacun en fonction des préférences idéologiques concernant le système social le plus "hygiénique". Il ne peut s'agit que d'un compromis dans le conflit que rencontre l'individu dans la réalisation d'aspiration contradictoires, à l'étiage de ses possibilités. L'objectif de la thérapeutique psychiatrique reste d'aider le malade à supporter le poids de ce conflit, soit en réveillant exaltant ses propres ressources d'énergie, soit en le pourvoyant en moyens de protection, en armes défensives sous la forme d'une assistance médicale : orthopédie médicamenteuse et invigoration psychothérapique.

o

o o

C O N C L U S I O N S

1) La notion de guérison est longtemps restée dans l'indétermination ou comprise au contraire avec un perfectionnisme trop grand quant aux critères exigés. Cependant, en dépit des difficultés, la référence à des critères définis reste légitime et souhaitable dans le progrès scientifique de la psychiatrie.

2) La notion de guérison mentale mérite d'être envisagée dans une perspective nouvelle, tenant compte de l'évolution sociale de la médecine en général et de la psychiatrie en particulier : la guérison n'est véritable qu'avec la réadaptation sociale du malade.

3) Il ne faut pas envisager la guérison comme un état défini par des constantes stables et en référence à une norme univoque qui constituerait un étalon de santé mentale.

4) Pour juger de la guérison, il faut associer dans un même jugement :

I- des éléments d'appréciation fondés sur la clinique :

- circonstances étiologiques,
- résultats des thérapeutiques,
- données analytiques,
- évolution de la relation médecin-malade.

II- des éléments de prévision :

- nature de la maladie,
- modification du comportement psycho-social au cours du séjour et du travail hospitalier.

C'est l'estimation d'un devenir après une expérience de vie hospitalière et de contact avec la maladie qu'il faut intégrer dans l'histoire de l'individu.

5) La guérison est un concept essentiellement dynamique envisagé relativement à la capacité de vie sociale ; c'est un style de réaction à la vie qui peut se présenter sous une pluralité de modes qui sont autant de solutions de resocialisation.

C'est à l'épreuve des péripéties vitales que l'on juge de la qualité de la guérison ; l'individu guéri doit être capable de plaider sa cause en société, d'harmoniser ses aspirations et ses capacités de réadaptation sociale et professionnelle.

Le Président de la Thèse :

Professeur DECHAUME

Vu, et permis d'imprimer
LYON, le 5 Novembre 1962

Vu, le Doyen :

H.HERMANN

Le Recteur, Président du
Conseil de l'Université

P. LOUIS

B I B L I O G R A P H I E

1 - AEPPLI :

La personnalité et la maturité psychique.
Payot.

2 - ALAJOUANINE & FISHGOLD :

Quelle doit être la conduite thérapeutique chez les petits mentaux ?
Presse Médicale, 6 avril 1957, 65 n° 28 ; 647-649

3 - BALIER :

Neuroleptiques et Assistance psychiatrique.
La Raison n° 19 - 1957

4 - BALINT :

Le médecin, le malade et sa maladie.
Bibliothéque de Psychanal. P.U.F.

5 - BIOT :

La guérison.
Avant-Propos de médecine et guérison, Edition SPES.

6 - BLANC :

La méthode phénoménologique et la psychiatrie.
Entretiens psychiatriques n° 4 P.U.F.

7 - BLONDEL :

La conscience morbide
Alcan 1914

8 - BOUDARD :

Qu'est ce que la guérison ? Perspectives somatiques et psychiques
SPES - Convergences.

9 - CHOMBART DE LAUWE :

Maladie mentale et Société.

10 - CANGUILHEM :

Essai sur quelques problèmes concernant le Normal et le Pathologique.
Thèse Strasbourg 1950.

11 - DESHAIES :

Psychopathologie générale.
Le Psychologue P.U.F. 1958

... /

12 - DUFRENNE Mikel :

La personnalité de base
Bibliothéque de Sociologie contemporaine P.U.F.

13 - DUYCKAERTS :

La notion de normal en psychologie clinique
Editions VRIN 1954

14 - ECK :

La guérison psychologique.
Convergences, Editions SPES 1954.

15 - EY (H.) :

Etudes psychiatriques,
Manuel de Psychiatrie,
Le Normal et le Pathologique en Psychiatrie
In : Qu'est-ce-que la guérison ? Convergences - Editions SPES.

Efficacité de la Psychothérapie.
Evolution psychiatrique 1949.

16 - EY & SAUELLAROPOULOS :

L'état primordial du délire et l'action thérapeutique de la chlorpromazine.

17 - FOUCAUT :

Maladie mentale et personnalité.
Coll. Initiation philosophique P.U.F.

18 - GILLON :

Aspects sociaux de la guérison
Médecine et guérison - Convergence, Editions SPES.

19 - GLOVER :

Technique psychanalytique
Bibliotèque de Psychanalyse P.U.F.

20 - GOLSTEIN :

Les concepts de santé, de maladie et de thérapeutique.
American Journal of psychotherapy - octobre 1954, volume 8 n° 4.

21 - GURVITSCH :

Traité de sociologie. Déterminismes sociaux et liberté humaine.
Cahiers interant. de Sociologie - Janvier-Juin 1955.

22 - GUSDORF :

L'avènement de la psychiatrie parmi les sciences humaines.
Information Psych. Avril 1962.

... /

23 - JASPERS :

Psychopathologie générale
Alcan 1928

De la psychothérapie.
P.U.F. 1956.

24 - JUNG :

La guérison psychologique
Librairie de l'Université - Genève 1953.

25 - JOOST & MERLOO :

L'essence de la guérison mentale
American Journal of Psychotherapy, Volume 12, n° 1 - Janv. Juin 1958.

26 - KLINEBERG :

Psychologie sociale (2 tomes).
Bibliothéque Scientifique Internationale P.U.F.

27 - LAITERI-LAURA :

Philosophie phénoménologique et psychiatrie.
Entretiens psychiatriques n° 6 .

28 - LECONTE & HALPERN :

Etude positive des principaux problèmes posés par la sortie des malades mentaux internés.
A.M.P., Juillet 1955 n° 2.

29 - LETAILLEUR & DREYFUS :

Modes de régression des états délirants hallucinatoires.
A.M.P. 1957

30 - MEURICE :

Psychologie et neuroleptiques
Entretiens psychiatriques n° 7.

31 - MERLEAU-PONTY :

Phénoménologie de la perception
Collections Idées - Gallimard.

32 - MINKOWSKI :

Le temps vécu
(1933)

A la recherche de la norme en psychopathologie
Evolutions Psychiatriques 1938 n° 1.

.../

33 - NACHT :

De la théorie à la pratique psychanalytique
Bibliothéque de Psychanalyse, P.U.F.

34 - RACAMIER :

Psychanalyse des psychoses
La Psychanalyse d'aujourd'hui.

35 - SARANO :

La guérison
Collections Que sais-je ? P.U.F.

36 - SAUSSURE DE :

Les bases d'une hygiène mentale individuelle ou l'étude des normes en psychothérapie.
Hygiène mentale n° 1 - Janvier 1935.

37 - SCHNEIDER P.B. :

Les critères de guérison des troubles psychiques
Médecine et hygiène 15 Août 1958.

38 - SIVRIERE :

La guérison par le travail
Médecine et guérison - Convergences SPES.

39 - VEIL C. :

Donnés pratiques sur le reclassement professionnel des malades mentaux.
A.M.P. Février 1956 , 114, n° 2.

40 - DEUXIEME COURS INTERNATIONAL DE CRIMINOLOGIE :

Le problème de l'état dangereux publié par Jean PINATEL
Maison de l'U.N.E.S.C.O. 1953.

41 - COLLOQUE INTERNATIONAL SUR LA CHLORPROMAZINE - PARIS 1955:-

Encéphale 1956.

42 - CONGRES DE LILLE 1960:

La notion de guérison et les critères en thérapeutique psychiatriques
CARETTE.

TABLE DES MATIERES

Pages

AVANT - PROPOS 1

INTRODUCTION 5

CHAPITRE I

LE PROBLEME CLINIQUE 7

OBSERVATIONS CLINIQUES. 18

CHAPITRE II

LA GUERISON MENTALE VUE DANS LA PERSPECTIVE ANALYTIQUE 30

CHAPITRE III

LA GUERISON DANS LA PERSPECTIVE PSYCHO SOCIALE 39

CONCLUSIONS 48

BIBLIOGRAPHIE

o

o o